

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

BRÈVE EXPERTISE SUR LE RÔLE ET
L'UTILITÉ DES STRUCTURES AVEC LOCAL
DE CONSOMMATION (SLC) DANS LA
RÉDUCTION DES PROBLÈMES LIÉS À LA
DROGUE EN SUISSE

Expertise réalisée à la demande de
l'Office fédéral de la santé publique

Frank Zobel, Françoise Dubois-Arber

Lausanne 2004

Etude financée par

Office fédéral de la santé publique, Berne

Citation suggérée

Zobel F, Dubois-Arber F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse : expertise réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004.

Remerciements

Madame Dagmar Hedrich, Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT), Madame Régine Linder et Monsieur Ruedi Hotz, Bureau de réduction des risques (BRR) et Mesdames Fabienne Benninghoff, Sophie Arnaud et Myriam Maeder, Unité d'évaluation de programmes de prévention.

TABLE DES MATIERES

Résumé	4
1 Introduction	6
1.1 Nature de l'expertise	6
1.2 Questions pour l'expertise	6
1.3 Données pour l'expertise	7
2 La politique de lutte contre les problèmes liés à la drogue en Suisse et la place des SLC	8
2.1 La réduction des risques	8
2.2 Les structures avec local de consommation (SLC)	8
3 Epidémiologie de la toxicomanie en Suisse	10
3.1 Nombre de consommateurs de drogue dépendants en Suisse	10
3.2 Modes de consommation	10
3.3 Caractéristiques socio-démographiques des usagers de drogue	10
3.4 Exposition aux risques infectieux et protection	11
3.5 Maladies infectieuses	11
3.6 Mortalité	12
3.7 Accès aux traitements	12
3.8 Synthèse	12
4 Réponses aux questions de l'expertise	13
4.1 Les SLC contribuent-elles à une réduction de la morbidité chez les consommateurs de drogue, en particulier à travers une réduction de la transmission des infections virales (VIH, hépatites) ?	13
4.2 Les SLC contribuent-elles à une réduction de la mortalité chez les consommateurs de drogue, particulièrement à travers une réduction des overdoses fatales ?	16
4.3 Les SLC contribuent-elles à une meilleure prise en charge des consommateurs de drogue, en particulier comme point d'accès au réseau social et sanitaire ?	17
4.4 Les SLC contribuent-elles à une amélioration de la situation en matière d'ordre public, en particulier en réduisant la consommation dans des lieux publics ?	19
4.5 Les SLC contribuent-elles à une augmentation du nombre de personnes qui s'injectent de la drogue et/ou à une augmentation de la fréquences des injections chez celles-ci ?	20
4.6 Les SLC ont-elles un effet négatif sur l'entrée et le maintien en traitement des consommateurs de drogue, ainsi que sur la réussite de ces traitements ?	21
4.7 Les SLC avec locaux d'inhalation	25
5 Conclusions	28
Bibliographie	29

RÉSUMÉ

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a mandaté l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) de Lausanne pour réaliser une brève expertise concernant le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) pour la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Ce travail s'appuie sur les meilleures connaissances disponibles (*best available knowledge*), soit les résultats des travaux de recherche et d'évaluation qui ont été menés en Suisse et à l'étranger.

Six questions ont été formulées pour cette expertise :

- Les SLC contribuent-elles à une réduction de la morbidité chez les consommateurs de drogue, en particulier à travers une réduction de la transmission des infections virales (VIH, hépatites) ?
- Les SLC contribuent-elles à une réduction de la mortalité chez les consommateurs de drogue, particulièrement à travers une réduction des overdoses fatales ?
- Les SLC contribuent-elles à une meilleure prise en charge des consommateurs de drogue, en particulier comme point d'accès au réseau social et sanitaire ?
- Les SLC contribuent-elles à une amélioration de la situation en matière d'ordre public, en particulier en réduisant la consommation dans des lieux publics ?
- Les SLC contribuent-elles à une augmentation du nombre de personnes qui s'injectent de la drogue et/ou à une augmentation de la fréquence des injections chez celles-ci ?
- Les SLC ont-elles un effet négatif sur l'entrée et le maintien en traitement des consommateurs de drogue, ainsi que sur la réussite de ces traitements ?

En outre, les SLC avec local d'inhalation ont fait l'objet d'une question et d'une analyse spécifique.

En termes généraux, l'expertise montre, sur la base des connaissances disponibles, que les SLC atteignent en grande partie les objectifs qui leur ont été fixés et que les critiques qui leur sont adressées ne sont guère confirmées. Ainsi, les SLC contribuent à :

- la réduction des comportements à risque en matière de transmission des maladies infectieuses, particulièrement le VIH/sida, dans la population des consommateurs de drogue les plus affectés par cette pratique ;
- la réduction des overdoses fatales et, donc, de la mortalité dans cette population ;
- l'établissement et au maintien d'un contact entre cette population et le réseau social et sanitaire, dans lequel les SBS, par les soins et l'aide sociale qu'elles offrent, constituent souvent le premier point d'accès ;
- la réduction des problèmes d'ordre public, en particulier en réduisant les scènes ouvertes, en diminuant la consommation dans les lieux publics, en récupérant les seringues usagées et en réduisant l'impact des problèmes de drogue sur l'espace domiciliaire (immeubles).

A l'inverse, les données existantes n'indiquent pas d'effet délétère spécifique sur :

- le nombre de consommateurs et la fréquence de consommation qui, tous deux, sont en baisse ;
- l'entrée et le maintien en traitement puisque la majorité des usagers des SLC sont en traitement, que cette proportion est croissante, que ce sujet est abordé dans le cadre des structures et que les usagers eux-mêmes indiquent que les SLC n'ont pas d'effet majeur sur leur traitement.

Toutes ces observations sont relatives au niveau de la santé publique et ne signifient pas que l'effet des SLC ne peut pas être délétère pour certains individus. Toutefois, sur la base des connaissances existantes, il apparaît que le bilan global des effets des SLC sur les problèmes liés à la drogue soit positif.

S'agissant du cas particulier des SLC avec local d'inhalation, la démonstration est moins convaincante. Si ces structures parviennent bel et bien à rejoindre une population d'inhalateurs, il reste qu'il n'a pas encore été possible de confirmer ou d'infirmier qu'elles peuvent aussi atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés (point de contact du réseau social et sanitaire pour les inhalateurs, réduction des problèmes d'ordre public, passage à des formes de consommation à plus faible risque). Il est donc nécessaire d'entreprendre de nouvelles recherches portant en particulier sur :

- la capacité des SLC avec local d'inhalation de servir de point de contact avec le réseau social et sanitaire pour les inhalateurs ;
- la toxicité des différentes substances inhalées et les mesures nécessaires qui en découlent ;
- l'étendue et la durabilité de passages d'une forme de consommation à une autre et leurs conséquences.

1 INTRODUCTION

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a mandaté l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) de Lausanne pour réaliser une brève expertise concernant le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) pour la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse.

1.1 NATURE DE L'EXPERTISE

La recherche et l'évaluation dans le domaine des problèmes liés à la drogue ont connu une importante croissance ces quinze dernières années. Celle-ci a conduit à une multiplication des données et des publications sur ce sujet. La nature de ces problèmes, leur durée et la diversité des interventions qui s'adressent aux consommateurs de drogue rendent toutefois difficile la constitution d'évidences scientifiques dans ce domaine. Cela vaut tant pour les activités de prévention que pour celles de la prise en charge (traitements et réduction des risques). Dès lors, la réalisation d'une expertise scientifique dans ce domaine revient, non pas à réunir un ensemble de preuves irréfutables, mais à synthétiser les meilleures connaissances disponibles (*best available knowledge*). Le travail présenté ici est de cette nature et tente de répondre à une série de questions, qui s'inspire des arguments des promoteurs et des opposants des SLC, par un recours aux meilleures informations et données existantes.

1.2 QUESTIONS POUR L'EXPERTISE

L'appréciation du rôle et de l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) peut s'appuyer sur deux types de questionnements. Les premiers concernent les objectifs attribués à ces structures et leur capacité à les atteindre. Les seconds concernent les principales critiques formulées à l'égard de ces structures et dont la pertinence doit être vérifiée.

Les quatre premières questions concernent l'atteinte des principaux objectifs des SLC :

- Les SLC contribuent-elles à une réduction de la morbidité chez les consommateurs de drogue, en particulier à travers une réduction de la transmission des infections virales (VIH, hépatites) ?
- Les SLC contribuent-elles à une réduction de la mortalité chez les consommateurs de drogue, particulièrement à travers une réduction des overdoses fatales ?
- Les SLC contribuent-elles à une meilleure prise en charge des consommateurs de drogue, en particulier comme point d'accès au réseau social et sanitaire ?
- Les SLC contribuent-elles à une amélioration de la situation en matière d'ordre public, en particulier en réduisant la consommation dans des lieux publics ?

Les deux questions suivantes concernent les principales critiques émises au sujet des SLC :

- Les SLC contribuent-elles à une augmentation du nombre de personnes qui s'injectent de la drogue et/ou à une augmentation de la fréquence des injections chez celles-ci ?
- Les SLC ont-elles un effet négatif sur l'entrée et le maintien en traitement des consommateurs de drogue, ainsi que sur la réussite de ces traitements ?

Quatre villes suisses (Zürich, Bâle, Berne, Bienne) disposent depuis peu de SLC avec local d'inhalation. Cette nouveauté mérite une analyse spécifique et, pour chacune des questions ci-dessus, il convient aussi de

s'intéresser à leur cas. En outre, ce type de structure fait l'objet d'une critique particulière qui doit aussi être examinée :

- Les SLC disposant aussi d'un local d'inhalation contribuent-elles à une aggravation des problèmes liés à la drogue, en particulier en favorisant le passage de la consommation par inhalation à la consommation par injection ?

L'ensemble de ces questions concerne spécifiquement la contribution des SLC à l'amélioration ou à la péjoration des problèmes liés à la drogue. Ces structures ne fonctionnent cependant pas dans un "vide" social ou institutionnel et il est donc rare de pouvoir isoler leur effet spécifique et d'apporter ainsi une réponse définitive aux questions ci-dessus. La mise en œuvre de recherches expérimentales (essai contrôlé randomisé) n'a en effet pu être réalisée jusqu'ici en raison de problèmes qui sont essentiellement techniques. Dès lors, il faut souvent recourir à une approche écologique, s'appuyant sur une comparaison entre villes/cantons disposant d'un SLC et ceux qui n'en ont pas, ainsi que sur l'évolution générale des indicateurs liés à la consommation de drogue en Suisse, pour apporter une réponse aux questions énumérées ci-dessus.

1.3 DONNÉES POUR L'EXPERTISE

La Suisse dispose d'un important corpus de données concernant les SLC et leurs usagers. Cet ensemble comprend en priorité des évaluations et analyses des structures disposant d'un local d'injection¹⁹ et, parfois, aussi d'un local d'inhalation¹⁰⁻¹⁴. De plus, les structures à bas seuil d'accessibilité distribuant des seringues (SBS) en Suisse, qui incluent celles disposant d'un local de consommation, ont fait l'objet depuis la première moitié des années 90 d'un monitoring annuel des activités (contacts, distribution de seringues)^{15,16} et d'une étude de la clientèle réalisée à quatre reprises (1993, 1994, 1996, 2000¹⁷⁻²⁰).

Les données provenant de Suisse peuvent aujourd'hui être complétées ou comparées à celles provenant d'autres pays ayant eu recours à des SLC (Allemagne²¹, Pays-Bas, Espagne, Australie). Les connaissances réunies dans le cadre des évaluations et analyses de ces structures ont été synthétisées à deux reprises durant les dernières années^{22,23} et font actuellement l'objet d'une nouvelle synthèse par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) qui va publier un rapport à ce sujet au premier trimestre 2004. Un numéro spécial d'une revue scientifique a également été consacré à ce thème en 2003 (Journal of Drug Issues Vol 33 No. 3).

Les données épidémiologiques concernant la consommation de drogue en Suisse proviennent de différentes sources (enquêtes transversales, statistiques de traitement, de décès, d'infections par le VIH, de dénonciations et de saisies, etc.). Ces données ont été synthétisées à quatre reprises par l'IUMSP dans le cadre de l'évaluation du programme national de mesures en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)^{20,24-26}.

2 LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES PROBLÈMES LIÉS À LA DROGUE EN SUISSE ET LA PLACE DES SLC

La politique drogue de la Suisse a d'abord regroupé exclusivement des activités visant la réduction de l'offre (poursuite du trafic) et la réduction de la demande (poursuite de la consommation, prévention primaire, traitements ciblant l'abstinence). Au milieu des années 80, plusieurs villes et cantons suisses ont développé un nouveau secteur d'activités, la réduction des risques, pour lutter contre les problèmes aigus liés à une croissance de l'injection d'héroïne et à la diffusion du VIH/sida. L'objectif de ces activités n'était pas de se substituer à celles de la réduction de l'offre et de la demande, mais de les compléter.

Ce modèle va être repris au début des années 90 par la Confédération qui va le formaliser en 1994 sous le titre de "politique des quatre piliers" (prévention, traitements, réduction des risques, répression)^{27,28}. L'adoption et le développement de cette politique reposent notamment sur les conclusions des travaux de diverses commissions d'enquête fédérales^{29,30}, mais aussi sur le soutien de trois des quatre principaux partis politiques du pays.

Le modèle stratégique adopté en Suisse, aujourd'hui largement diffusé en Europe³¹ ainsi qu'en Australie et au Canada, se veut pragmatique et repose sur l'identification des problèmes concrets (morbidité, mortalité, problèmes sociaux) liés à la drogue et sur le développement des interventions les plus efficaces pour les réduire. La prévention, les traitements, la réduction des risques et l'application de la loi constituent alors un faisceau d'interventions complémentaires dont l'efficacité globale doit sans cesse être améliorée, particulièrement en recourant aux instruments de la science (recherche et évaluation).

2.1 LA RÉDUCTION DES RISQUES

Le troisième pilier de la politique fédérale cible une population spécifique : les consommateurs de drogue qui ne sont pas prêts à ou en mesure de cesser leur consommation. Son objectif est de limiter les risques et dommages liés à celle-ci. Par ce biais, il s'agit non seulement de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogue, mais aussi de permettre aux consommateurs de pouvoir envisager une réintégration sociale future.

Le domaine de la réduction des risques comprend des mesures sanitaires (distribution et échange de seringues, locaux de consommation supervisés, information sur les dangers liés aux substances et aux modes de consommation) et des mesures sociales (accueil et conseil, aide à l'emploi et au logement). Parfois, les deux types de mesures sont combinés dans une même structure. Aujourd'hui, tous les cantons suisses mettent en œuvre des mesures de réduction des risques.

2.2 LES STRUCTURES AVEC LOCAL DE CONSOMMATION (SLC)

La plupart des cantons suisses dispose de structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) distribuant des seringues. Dans six cantons, au moins l'une de ces structures est dotée d'un local de consommation. Actuellement, on dénombre treize SLC réparties dans sept villes^a. Les principaux objectifs attribués à ces structures sont :

- réduire les décès, les maladies infectieuses et les autres problèmes de santé chez les consommateurs de drogue ;
- offrir un accueil et un soutien social ;
- faciliter l'accès au réseau d'aide et de traitement ;
- améliorer la situation du voisinage et décharger l'espace public.

^a Selon les indications du Bureau de réduction des risques (BRR) suisse.

La majorité des SLC (10) en Suisse possède désormais aussi un local ou un espace servant à l'inhalation de drogue^a. La mise en œuvre de ces locaux est présentée comme une réponse à l'apparition de nouvelles populations de consommateurs de drogue et à un changement dans les pratiques de consommation. Elle vise au maintien d'une offre à bas seuil d'accessibilité pour les consommateurs d'héroïne et de cocaïne afin de pouvoir poursuivre les activités de réduction des risques, mais aussi de conseil et d'orientation dans le réseau social et sanitaire. En outre, la création de locaux d'inhalation est perçue comme une opportunité pour amener les consommateurs de drogue à réduire ou abandonner les pratiques d'injection en recourant à une forme de consommation à plus faible risque.

L'activité des SLC (injection et inhalation), contrairement à certaines idées reçues, ne se limite donc pas à une supervision de la consommation de drogue. Elles offrent en effet divers services (accueil, restauration, mesures d'hygiène, services de santé, distribution de seringues et de condoms, etc.) à bas seuil d'accessibilité pour les consommateurs de drogue les plus affectés et elles agissent en médiateurs auprès du public dans les quartiers touchés par les problèmes de drogue. En outre, elles constituent souvent le premier point d'accès au réseau social et sanitaire de prise en charge des problèmes de drogue.

Le tableau ci-dessous résume les autres caractéristiques de l'offre des SLC.

Tableau 1 Caractéristiques des SLC en Suisse¹¹

Offres	Couverture
Cafeteria / lieu d'accueil	Tous
Douches / machine à laver	Plusieurs
Soins de base : pansements, présence hebdomadaire d'un médecin	La plupart
Réanimation en urgence	Tous
Information, conseils, orientation dans le réseau	Tous
Offre spécifique femmes (heures réservées, gynécologue, etc.)	Dans deux villes
Participation des usagers (assemblées, questionnaires satisfaction)	Tous
Travail avec le public (information, visites, etc)	Tous
Travail en réseau avec les autres structures d'aide et de traitement	Tous
Groupes d'accompagnement (autorités, autres structures, voisinage, etc)	Dans trois villes
Limitation d'accès :	
Mineurs (< 18)	Tous
Première consommation (i/v)	Dans deux villes
Selon le domicile (ville/canton) ou le statut (requérants d'asile)	Plusieurs

Source: données du BRR

Finalement, il faut ajouter que trois sondages successifs ont fait apparaître qu'une majorité de la population suisse (63% en 1991, 76% en 1994 et 72% en 1997) se déclarait en faveur de la mise à disposition de locaux d'injection³².

3 EPIDÉMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE EN SUISSE

3.1 NOMBRE DE CONSOMMATEURS DE DROGUE DÉPENDANTS EN SUISSE²⁰

L'estimation, par triangulation de données, la plus récente concernant le nombre de personnes qui consomment régulièrement de l'héroïne a été effectuée pour l'année 1997 et chiffrait ce nombre entre 23'4000 et 32'000, avec une valeur moyenne de 28'000³³. Cette estimation est concordante avec celle menée pour la période de 1992-1993. Le nombre de consommateurs réguliers d'héroïne était alors estimé entre 20'000 et 36'000, avec une valeur moyenne de 30'000³⁴. En général, on considère que le nombre de consommateurs d'héroïne dépendants a été en hausse à la fin des années 80 et au début des années 90, avant de connaître une stabilisation puis une tendance à la baisse vers la fin des années 90. Il n'existe pas d'estimations de ce type pour la consommation régulière de cocaïne.

3.2 MODES DE CONSOMMATION²⁰

Les données concernant les modes de consommation peuvent être obtenues à l'aide d'enquêtes auprès des consommateurs de drogue¹⁷. En Suisse, c'est l'enquête nationale auprès de la clientèle des structures à bas-seuil d'accès (SBS) fournissant du matériel d'injection qui permet d'étudier cet élément³⁵.

La plupart des usagers de ces structures consomment par injection. Environ 90% ont déjà injecté des drogues et un peu moins l'ont fait 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 (moins de 2 ans) a fortement diminuée entre 1993 et 2000, passant de 30% à 7%. Le nombre moyen d'injections par semaine diminue aussi, passant de 18.9 en 1994 à 13.7 en 2000.

L'héroïne est la substance consommée le plus régulièrement, soit plusieurs fois par semaine pour la moitié des usagers des SBS, même si la consommation régulière semble diminuer un peu. La consommation de cocaïne et de cocktail (mélange d'héroïne et de cocaïne) a augmenté de 1993 à 1996 avant de diminuer en 2000.

Les informations sur la consommation par inhalation sont encore rares parce que l'offre des SBS, jusqu'à très récemment, s'adressait surtout aux injecteurs. Une récente enquête chez les nouveaux usagers (N=471) d'une SBS, disposant à la fois d'un local d'injection et d'un local d'inhalation, a fait apparaître que plus de la moitié de la clientèle indiquait l'inhalation (28%) ou l'inhalation et l'injection (24%) comme mode de consommation principal¹⁴. Ces résultats sont concordants avec d'autres : en 2001, parmi les nouvelles entrées en traitement à la méthadone dans une policlinique de Zürich (ZOKL1), 28% des personnes avaient consommé l'héroïne uniquement par inhalation¹². Finalement, diverses données provenant aussi de Zürich, mais portant sur la deuxième moitié des années 80 et la première moitié des années 90, indiquaient déjà une croissance régulière de ce mode de consommation³⁶.

3.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES USAGERS DE DROGUE²⁰

L'enquête auprès des usagers des SBS et les statistiques de traitement (ambulatoire, résidentiel) permettent de tracer un profil des consommateurs de drogue en Suisse. La proportion de femmes se situe entre 23 et 30%. L'âge moyen ou médian des consommateurs varie selon les structures : il est plus élevé (env. 32 ans) chez les usagers des SBS et de la prescription médicale d'héroïne et plus bas (env. 28 ans) chez ceux des traitements ambulatoires et résidentiels. On observe toutefois une tendance au vieillissement dans toutes ces populations.

La situation du logement s'est un peu améliorée dans les dernières années puisque la proportion de personnes sans domicile fixe a diminué. L'accès au travail ne s'est en revanche pas amélioré. 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.

3.4 EXPOSITION AUX RISQUES INFECTIEUX ET PROTECTION³⁷

Les enquêtes auprès de la clientèle des SBS ciblent les expositions aux risques ainsi que les comportements préventifs. La proportion d'usagers ayant récemment – dans les six mois précédant l'enquête – utilisé une seringue/aiguille déjà utilisée par quelqu'un d'autre se situe autour de 10% avec peut-être une légère tendance à l'augmentation (9% en 1994, 11% en 1996, 12% en 2000). Le partage de matériel pour préparer l'injection est plus fréquent et pourrait expliquer le taux élevé d'infections par l'hépatite C (cf ci-après). Cette pratique a toutefois un peu diminué entre 1996 et 2000 (de 68% à 51% pour le partage de la cuillère et de 46% à 38% pour celui du filtre).

Les usagers qui s'exposent à un risque d'infection avec du matériel déjà utilisé se différencient de ceux qui ne le font pas : ils sont un peu plus jeunes et ce sont plus souvent des femmes. Leur état de santé est moins bon, ils vivent plus souvent dans des conditions précaires (sans travail, sans domicile fixe, sans formation) et ont plus souvent fait un récent séjour en prison. Ils consomment et s'injectent plus régulièrement de la cocaïne et leur fréquence d'injection est plus élevée.

3.5 MALADIES INFECTIEUSES

Les nouveaux cas de VIH associés à la consommation de drogue ont fortement diminué dès la fin des années 80 et jusqu'en 1998. Depuis, on observe une stabilisation de cet indicateur avec une très légère hausse récente³⁸.

La clientèle des SBS, des traitements ambulatoires et des traitements résidentiels constitue une population massivement testée. Le pourcentage de personnes déclarant avoir 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), avec une majorité (70%) de personnes testées récemment, et dans le secteur des traitements résidentiels (entre 90% et 94% pour la période 1997-2001). Dans les institutions de traitement ambulatoire, cette proportion était de 84% en 1996 et de 86% en 1999²⁰.

Le pourcentage de personnes rapportant un test VIH positif a fortement diminué au début des années 90 et il est resté relativement stable depuis 1995. Cette prévalence est d'environ 10% dans la clientèle des SBS entre 1993 et 2000, de 16% dans celle des essais de prescription médicale d'héroïne (1996), qui regroupent des personnes particulièrement dépendantes, de 11 à 13% dans celle des institutions de traitement ambulatoire (1996-1998) et d'environ 5% dans celles des traitements résidentiels (depuis 1997)²⁰.

Si la prévalence rapportée pour le VIH est restée assez basse, celle pour les hépatites C et B est au contraire très élevée. La proportion d'usagers rapportant un test positif pour l'hépatite C était de 59% pour la clientèle des SBS en 2000 et de 30 à 41% pour celle du secteur résidentiel (1997-2001). Pour l'hépatite B, ces chiffres étaient de 40% (SBS) et de 22 à 28% (résidentiel) respectivement. Pour la clientèle de la prescription médicale d'héroïne³⁹ ces prévalences étaient plus élevées : entre 1994 et 1996, plus de 80% des personnes entrant dans ce programme ont été testées et les prévalences étaient de 82% pour l'hépatite C et de 73% pour l'hépatite B. Finalement, une étude bâloise a montré que 55% des personnes débutant un traitement à la méthadone en 2000 étaient infectées par le VHC⁴⁰.

3.6 MORTALITÉ

Les décès liés à la drogue ont été multipliés par quatre en l'espace d'une décennie (109 en 1982 et 419 en 1992). Depuis 1995, ce nombre est en nette baisse et il s'est stabilisé depuis 1998 à environ 200 décès par année (167 en 2002). Quant aux décès liés au sida chez les consommateurs de drogue, ils ont atteint leur maximum en 1994 (318) avant de diminuer rapidement sous l'effet des nouveaux traitements. Le nombre total de décès par année dans cette population a ainsi passé d'environ 100 à la fin des années 70 à plus de 700 en 1994 avant que de baisser à environ 200 en 2002.

3.7 ACCÈS AUX TRAITEMENTS

Le nombre de traitements de substitution à la méthadone a considérablement augmenté depuis la fin des années 80, passant d'un peu moins de 2'000 traitements en 1987 à environ 18'000 traitements en 2002. Par ailleurs, plus de mille consommateurs de drogue (1230 à fin 2002) suivent un traitement de prescription médicale d'héroïne. En outre, une estimation pour l'année 2000 indiquait l'existence d'environ mille places dans les institutions de traitement résidentiel avec un taux d'occupation de 80%. On peut donc observer qu'une majorité des consommateurs de drogue dépendants suivent un traitement. En comparaison internationale⁴¹, la Suisse affiche ainsi un taux de couverture en traitement parmi les plus élevés en Europe.

3.8 SYNTHÈSE

La Suisse connaît encore une importante population de consommateurs réguliers d'héroïne, même si celle-ci semble vieillissante et en progressive diminution. L'injection constitue encore le principal mode de consommation mais l'inhalation s'est aussi développée ces dix dernières années. Pour réduire les problèmes liés à la drogue, un important dispositif de traitement et de réduction des risques a été mis en œuvre. Celui-ci a sans doute contribué à la réduction des décès et des infections par le VIH dans cette population. Toutefois, il reste d'importants problèmes (prévalence des hépatites, situation sociale des consommateurs, poly-consommations) qui renvoient à la nécessité d'optimiser encore le dispositif de lutte contre les problèmes de drogue.

4 RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'EXPERTISE

Les deux chapitres précédents visaient à présenter la politique suisse en matière de drogue et la situation épidémiologique que connaît ce pays. Leur objectif était de présenter le contexte dans lequel s'insèrent les SLC et le rôle qui leur est attribué dans ce cadre. Le présent chapitre porte cette fois sur les sept questions spécifiques à cette expertise.

4.1 LES SLC CONTRIBUENT-ELLES À UNE RÉDUCTION DE LA MORBIDITÉ CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUE, EN PARTICULIER À TRAVERS UNE RÉDUCTION DE LA TRANSMISSION DES INFECTIONS VIRALES (VIH, HÉPATITES) ?

La naissance des SLC est liée à la croissance, durant les années 80, du nombre de consommateurs d'héroïne par injection et à la diffusion rapide du VIH/sida dans cette population. En conséquence, l'un des objectifs de ces structures était d'avoir un impact sur les comportements à risque (meilleure maîtrise de la consommation, réduction de la fréquence d'injection, réduction des risques infectieux, meilleure hygiène d'injection) et, partant, sur la transmission des infections virales.

La littérature internationale rapporte qu'il n'a pas été possible à ce jour de démontrer que l'utilisation des SLC a eu un impact sur la transmission des maladies infectieuses⁴². Toutefois, une réduction des comportements à risque en la matière a été observée^{22,23}. Elle concerne notamment une amélioration des conditions de l'injection (hygiène, propreté), une réduction du partage des seringues et, dans un cas, une diminution du nombre de jours de consommation hebdomadaires chez les usagers des SLC. Différentes évaluations de SLC menées en Suisse observent le même type de résultat en matière de réduction des comportements à risque^{8,9,43,44}. Il faut aussi rappeler que les risques associés à une injection de drogue sont en général plus faibles dans une SLC que dans tout autre contexte de consommation.

Au niveau suisse en général, il est possible d'étudier l'impact des SLC sur les comportements à risque à l'aide des données suivantes :

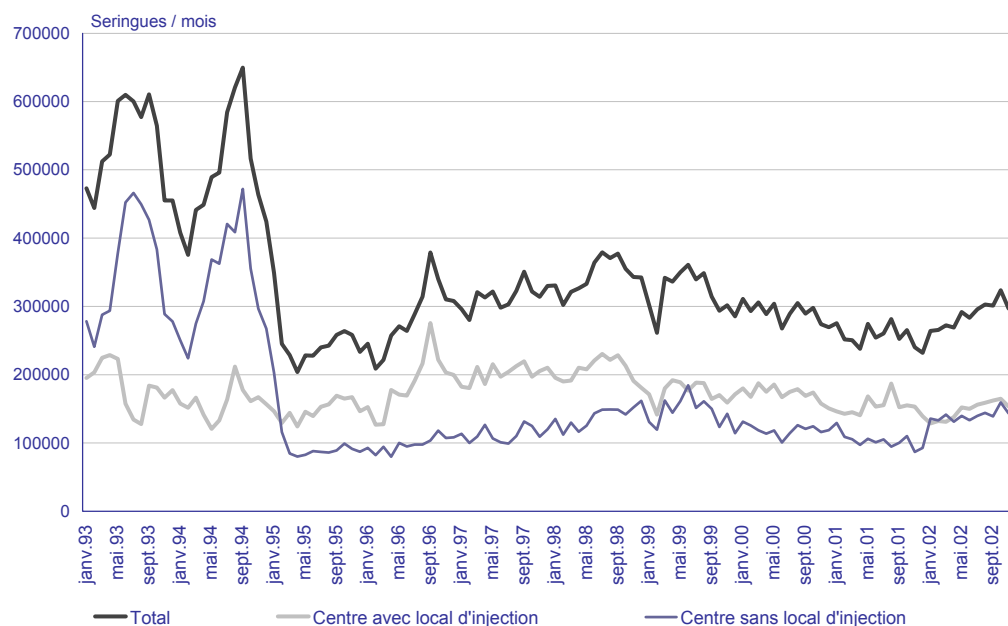
1. l'évolution du volume des seringues remises dans les SBS (avec ou sans local d'injection) ;
2. l'évolution du partage de seringues (exposition potentielle au risque de contamination par le VIH) et de la prévalence rapportée du VIH dans les sites avec/sans lieu d'injection.

4.1.1 Remise de matériel d'injection

La figure suivante montre l'évolution de la remise de matériel d'injection dans les SBS, de 1993 à 2002. Après avoir connu un pic en 1993 et 1994, la distribution de seringues dans les SBS a fortement chuté en 1995, elle est passée de 6'400'000 seringues en 1993 à 3'000'000 en 1995. Depuis lors, le nombre de seringues augmente progressivement jusqu'en 1998 avec 4'100'000 seringues, puis oscille entre 3'800'000 (en 1999) et 3'100'000 (en 2001). En 2002, 3'500'000 seringues ont été distribuées par l'ensemble des SBS, ce qui représente une moyenne mensuelle de 290'000 seringues. La remise de matériel dans les SLC montre une tendance générale à la baisse dans les 5 dernières années. Les SLC restent toutefois encore, parmi les différentes structures distribuant des seringues (prescription médicale d'héroïne, pharmacies, SBS sans local de consommation, SBS avec local de consommation), celles qui en distribuent la plus grande quantité.

Figure 1

Evolution du nombre de seringues distribuées dans les SBS en Suisse 1993-2002*



* Nombre de structures à bas seuil (SBS) : 1993 : N=28, 1994 : N=23, 1995 : N=23, 1996 : N=25, 1997 : N=26, 1998 et 1999 : N=27, de 2000 à 2002 : N=26

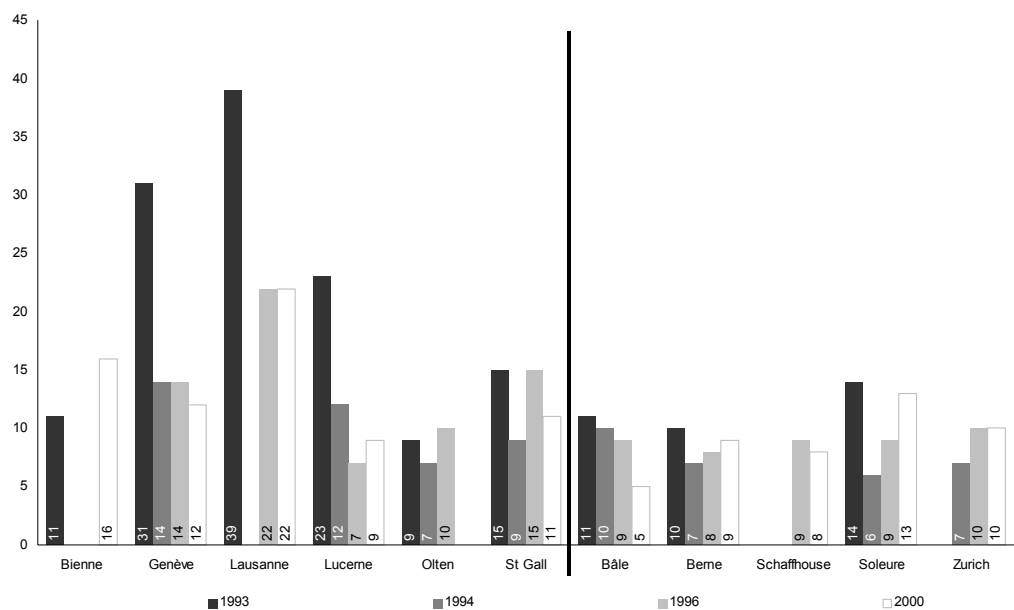
IUMSP/UEPP

4.1.2 Influence sur les risques infectieux

La figure suivante montre l'évolution, entre 1993 et 2000, de la proportion de consommateurs de drogues dans les SBS qui déclare s'être injecté, au cours des six derniers mois, avec une seringue déjà utilisée par autrui. A droite, l'on trouve la clientèle des SBS dans les villes avec un local de consommation et à gauche celle dans les villes avec une ou plusieurs SBS mais sans un tel local. On constate que dans les villes avec local d'injection, la proportion de consommateurs qui s'exposent à des risques de contamination était déjà basse en 1993 et l'est restée par la suite. Dans quatre des six villes sans SLC la proportion de consommateurs ayant partagé une seringue durant les six derniers mois est supérieure à 10% en 2000 (une sur cinq dans les villes avec une SLC).

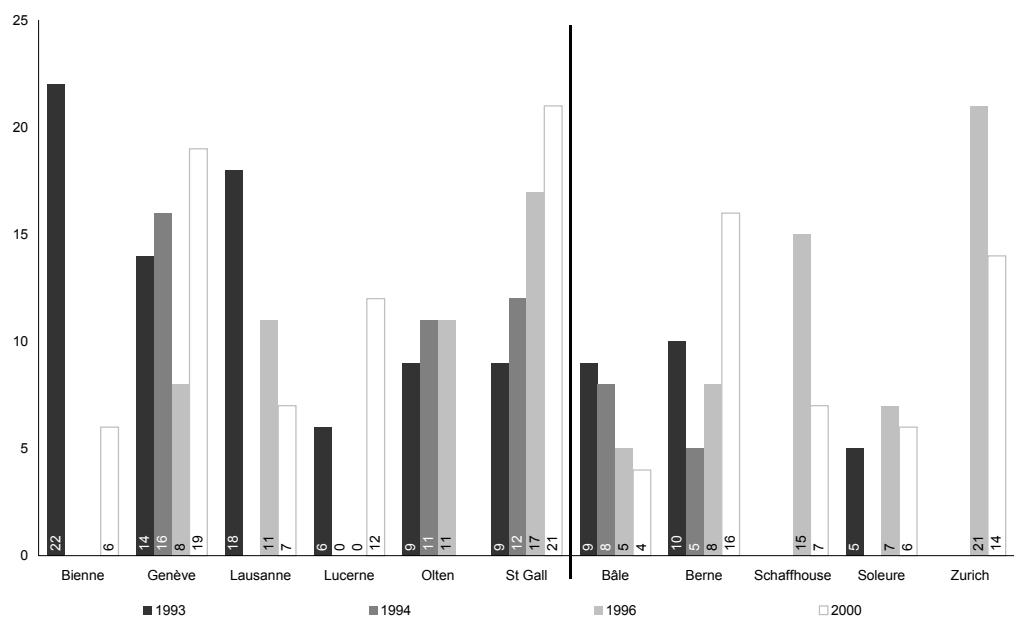
En ce qui concerne la prévalence du VIH rapportée par les consommateurs fréquentant les SBS, on constate que l'évolution est plus erratique et qu'il n'existe pas de nette différence entre la clientèle des villes avec SLC et celle des villes sans.

Figure 2 Partage de seringues dans les 6 derniers mois, 1993-2000 dans différentes SBS de Suisse (en %)



IUMSP/UEPP

Figure 3 Prévalence rapportée du VIH dans diverses SBS de Suisse, 1993-2000



IUMSP/UEPP

4.1.3 Synthèse

La réponse à la première question d'évaluation peut être synthétisée de la manière suivante :

- Il n'y a pas eu jusqu'ici de démonstration que la fréquentation d'une SLC permettait de réduire le nombre d'infections par le VIH ou le VHC. Ce constat renvoie d'abord aux approches méthodologiques et aux problèmes techniques liés à l'évaluation de l'impact de ces structures.
- Les résultats d'évaluation qui indiquent que la fréquentation des SLC a un impact positif sur certains comportements à risque (partage de seringues, hygiène et propreté du matériel d'injection) sont de plus en plus nombreux tant en Suisse qu'au niveau international.

- Les SLC contribuent largement à la distribution et à l'échange de seringues en Suisse, une mesure dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue au plan international.
- La comparaison entre villes disposant d'une SBS sans local de consommation et villes disposant d'une SBS avec local de consommation ne fait pas apparaître de grandes différences en matière de pratiques à risque et de taux d'infection par le VIH, le VHC et le VHB chez les consommateurs de drogue utilisant ces structures. Toutefois, on observe une situation un peu meilleure en matière de partage de seringues usagées dans les villes avec local d'injection. Une comparaison avec des villes ne disposant pas de SBS serait sans doute utile mais celle-ci n'existe pas actuellement.
- L'évolution générale des indicateurs de santé dans la population des consommateurs de drogue en Suisse indique une amélioration en matière de réduction de la transmission du VIH et une situation plus problématique s'agissant des hépatites. Les SLC ont probablement contribué à la maîtrise de l'épidémie du VIH/sida chez les consommateurs de drogue mais on ne peut se prononcer sur leur effet concernant les hépatites.

En conclusion, on peut avancer que les SLC constituent une mesure ayant contribué à la réduction et au maintien à un bas niveau de certains comportements à risque, en particulier en matière de transmission du VIH.

4.2 LES SLC CONTRIBUENT-ELLES À UNE RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUE, PARTICULIÈREMENT À TRAVERS UNE RÉDUCTION DES OVERDOSES FATALES ?

Les enquêtes auprès de la clientèle des SBS en Suisse de 1996 et de 2000 ont fait apparaître qu'un utilisateur de ces structures sur deux rapportait déjà avoir fait l'expérience d'une overdose durant sa vie et que le nombre moyen d'overdoses par personne était d'un peu plus de quatre. Plus d'un quart (28%) des répondants en 2000 ont aussi fait état d'une overdose durant les deux dernières années, une proportion légèrement supérieure à celle de 1996 (22%).

Les taux d'overdoses dans des SLC au niveau international (Madrid, Allemagne et Sydney) ont récemment été mesurés à respectivement 1.1, 6.4 et 7.0 overdoses pour mille visites d'un local d'injection²³. En Suisse, deux évaluations récentes ont montré des taux de 0,7 (Bienne, août 01 à août 02) et de 1,7^b (Genève, août 02 à décembre 02) overdoses pour mille consommations. A ce jour, un seul cas de décès dans un SLC (en Allemagne) a été rapporté et il était dû à un choc anaphylactique²³. Sinon, les données existantes tendent à montrer un impact positif des SLC sur le nombre d'overdoses et leur sévérité, mais il n'existe pas encore d'évidences définitives à ce sujet⁴².

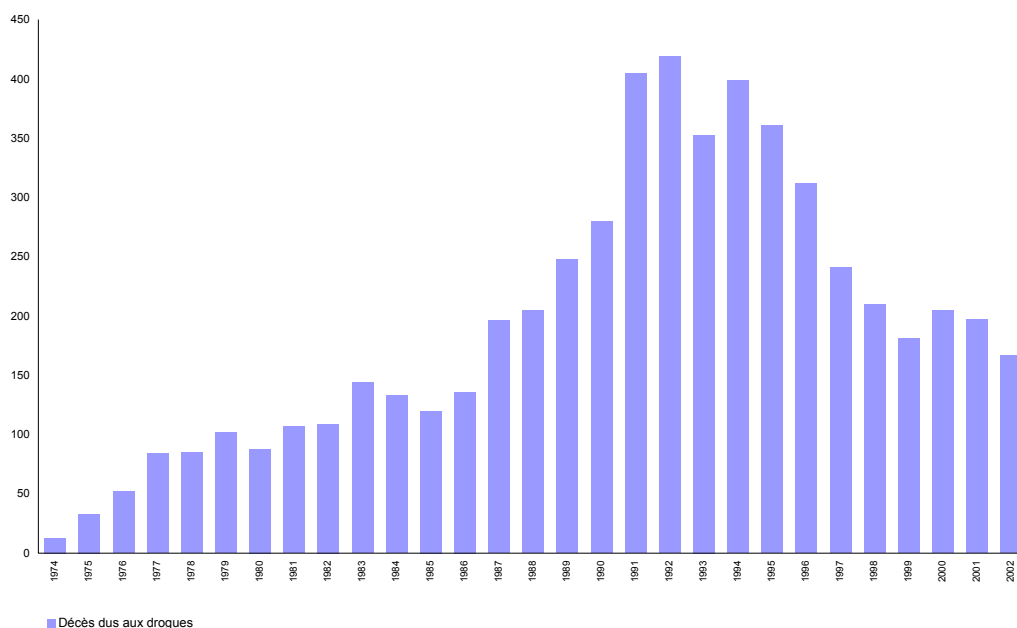
La quasi absence de décès dans les SLC doit être rapportée aux mesures qu'elles ont prises dans ce but. Ainsi, à Genève, le local de consommation est directement relié au local de soins et ce dernier dispose d'un appareil d'assistance respiratoire. Le collaborateur en salle d'injection porte aussi un Bip lui permettant de contacter ses collègues en salle d'accueil pour lui fournir l'aide urgente nécessaire. Dès qu'une situation est jugée trop problématique, les services médicalisés d'urgence (29 cas entre avril et décembre 2002) ou SOS médecins sont contactés pour une intervention rapide⁵.

Les overdoses fatales sont compilées en Suisse dans la statistique des décès liés à la drogue qui comprend aussi les suites d'accidents et de consommations de longue durée. On estime toutefois que les overdoses fatales constituent une partie importante de ces décès. Comme l'indique le graphique ci-dessous, le nombre des décès liés à la drogue a connu une très forte hausse entre le milieu des années 80 et le début des années

^b Overdoses et surdoses.

90 avec un maximum de 419 décès en 1992. Depuis, ce nombre est régulièrement en diminution et il se situe actuellement à 167 décès pour l'année 2002, une valeur inférieure à celle observée en 1987 (196).

Figure 4 Evolution des décès liés à la drogue en Suisse



Source: OFP

4.2.1 Synthèse

Les consommateurs de drogue en Suisse font encore souvent l'expérience d'overdoses et un nombre important d'entre eux décède chaque année des suites de celles-ci, d'accidents ou des suites de consommations de longue durée. Si la proportion d'usagers des SBS ayant récemment (dernier 24 mois) fait l'expérience d'une overdose n'est pas à la baisse, on observe que la courbe des décès liés à la drogue suit une tendance inverse. Les SLC, qui n'ont rapporté aucun cas de décès en Suisse, ont sans doute contribué à cette réduction de la mortalité parmi les consommateurs de drogue et, plus particulièrement, parmi ceux d'entre eux qui sont les plus affectés par les problèmes de drogue. Comme le montre l'exemple genevois, les SLC ont développé des mesures spécifiques pour empêcher les décès liés à l'injection de drogue et celles-ci semblent s'être avérées efficaces.

4.3 LES SLC CONTRIBUENT-ELLES À UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES CONSOMMATEURS DE DROGUE, EN PARTICULIER COMME POINT D'ACCÈS AU RÉSEAU SOCIAL ET SANITAIRE ?

Le concept de structures à bas seuil d'accessibilité renvoie notamment à la possibilité de rejoindre les consommateurs de drogue les plus marginalisés afin de leur offrir un soutien et une aide. Les SLC ont bien entendu cet objectif et il convient de savoir, au-delà de la prévention des maladies infectieuses et des overdoses ainsi que de l'accès au traitement (voir plus loin), si elles sont en mesure d'offrir un conseil individualisé, de rétablir un lien social et d'orienter les usagers vers et dans le réseau social et sanitaire.

Deux types de données permettent d'apporter un éclairage sur cette question :

- les données d'activité des SLC indiquant la nature et le volume des prestations qui sont offertes en matière de "prise en charge ou d'orientation" ;

- les données récoltées auprès d'usagers des SLC et en particulier concernant l'usage qu'ils font des prestations non directement liées à l'injection.

4.3.1 Volume et nature des activités de "prise en charge et d'orientation" des usagers des SLC

Le tableau 1 au chapitre 2 montre que les SLC offrent une palette de prestations sociales et de santé en dehors de l'offre de local d'injection proprement dite : écoute et conseil, soins médicaux de base, relais vers d'autres structures, accès à des prestations d'hygiène (douche, lessive), activités liées à la sécurité du lieu, etc. Au niveau international²³, les données suivantes ont été récoltées dans quelques structures :

- à Sydney une visite sur quatre aboutit à une prestation médicale ou sociale, la plus fréquente étant le conseil sur la sécurité de l'injection ou le soin des veines ; une visite sur 41 donne lieu à un relais vers un centre spécialisé dans le traitement de la dépendance, vers un autre centre de soins ou vers une structure d'aide sociale ;
- à Münster, en Allemagne, une visite sur sept donne lieu à une prestation médicale ou sociale ou encore au relais vers une autre structure. A Madrid, ce nombre est de une visite sur neuf.

Des données de ce type sont aussi disponibles en Suisse :

- à Berne¹¹, une analyse détaillée de la répartition du temps consacré par chaque collaborateur aux diverses activités de la SLC montre que 16% du temps des collaborateurs est consacré au conseil, 7% à des soins somatiques et 5% à des interventions liées à la sécurité. Cette évaluation a aussi montré qu'une dotation en personnel insuffisante pouvait directement nuire à l'activité de soutien et de conseil des SLC ;
- à Genève⁵, une visite du local d'injection sur 50 aboutit à un soin dans un local spécialisé et 20% de ces interventions sont suivies d'un relais médical ; une visite sur huit donne lieu à une prestation sociale (dans l'ordre : écoute, entretien, gestion de stress et violence, relais, information, douches, accompagnement extérieur).

4.3.2 Appréciation des usagers des SLC

Diverses enquêtes ont été menées en Suisse auprès des usagers de SLC^{5,6,11,43,44} portant sur l'utilité des diverses prestations qu'elles offrent. Ces enquêtes montrent que c'est le fait de pouvoir s'injecter tranquillement, dans des conditions hygiéniques, à l'abri de la police et en sécurité vis-à-vis des risques immédiats liés à l'injection qui importe le plus aux usagers. D'autres aspects matériels sont aussi jugés essentiels : le fait de pouvoir se reposer, de pouvoir manger et boire et d'avoir accès à des soins de base. L'écoute des intervenants, leur disponibilité, leur attitude sans jugement, leurs conseils, sont également des prestations souvent mentionnées comme étant importantes par les usagers. Ces enquêtes indiquent aussi que tous les clients ne font pas le même usage des SLC : certains y viennent essentiellement pour l'injection et repartent immédiatement ; d'autres, généralement des personnes plus marginalisées socialement, utilisent davantage les différentes offres des SLC et bénéficient particulièrement des prestations sociales et de santé ou plus généralement de toutes les "petites prestations d'accueil" qui conservent ou recréent le lien social.

4.3.3 Synthèse

Les prestations sociales, de soins, de conseil et d'orientation représentent une part non négligeable de l'activité des SLC tant en Suisse qu'à l'étranger. Ces prestations sont utilisées et appréciées des usagers, particulièrement chez les plus marginalisés d'entre eux, et contribuent certainement au maintien de la santé et du lien social. En conséquence, on peut avancer que les SLC remplissent souvent un rôle de point d'accès et de service dans le réseau social et sanitaire, à condition bien sûr que les ressources en personnel dont elles disposent soient suffisantes.

4.4 LES SLC CONTRIBUENT-ELLES À UNE AMÉLIORATION DE LA SITUATION EN MATIÈRE D'ORDRE PUBLIC, EN PARTICULIER EN RÉDUISANT LA CONSOMMATION DANS DES LIEUX PUBLICS ?

La naissance et le développement des SLC en Suisse sont aussi liés à l'existence de scènes de la drogue et aux problèmes d'ordre public que celles-ci engendraient. Les débats politiques entourant le développement des mesures de réduction des risques ont ainsi souvent eu lieu au niveau local⁴⁵ où s'affrontaient différentes coalitions d'acteurs⁴⁶ représentant des idées et des intérêts divergents. Dès lors, l'introduction des SLC devait aussi prendre en compte les problèmes communautaires locaux et ces structures avaient aussi pour mission d'améliorer les problèmes liés à la consommation publique de drogue, à la dispersion des seringues usagées et à d'autres problématiques connexes.

4.4.1 Consommation dans les lieux publics et dispersion des seringues usagées

La littérature internationale^{23,47} indique que la mise sur pied de SLC tend à contribuer à la réduction de la consommation de drogue et de la dispersion des seringues usagées dans les lieux publics. L'acceptation de ces structures par la communauté environnante paraît être prioritairement liée à l'absence de scènes de la drogue (trafic et consommation) dans le quartier concerné. Si les résidents observent ou perçoivent une croissance de celle-ci, une relation conflictuelle sera engendrée. Toutefois, on observe que les attitudes de la population sont susceptibles de changement, comme l'indique le cas de Rotterdam.

Les données obtenues en Suisse montrent un résultat similaire, c'est à dire que les SLC ont contribué à la réduction des scènes publiques de la drogue^{13,43,44}. Toutefois, il a aussi été observé que cette réduction était souvent jugée insuffisante de la part de la communauté environnante. Ce constat renvoie souvent à des attentes très importantes vis à vis des SLC et qui sont parfois peu réalistes en regard de certaines caractéristiques (heures d'ouverture, nombre de places) de ces structures⁴⁴.

En matière de dispersion de seringues usagées dans les lieux publics, il faut d'abord observer que les SBS constituent, là où elles existent, les principaux points de collecte des seringues usagées. Certaines SLC ont toutefois été confrontées à une hausse du nombre de seringues usagées découvertes dans les lieux publics. Dans ce cas, comme cela a été fait à Genève, la structure développe ou réorganise un système de ramassage des seringues usagées impliquant la clientèle⁵.

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

4.4.2 Synthèse

La contribution des SLC à la réduction des problèmes d'ordre public, en particulier à la réduction des scènes de la drogue, a été constatée tant en Suisse que dans d'autres pays. Elles ont par ailleurs aussi un rôle important s'agissant de récupérer les seringues usagées afin qu'elles ne soient pas dispersées dans les lieux publics. En général, les SLC ont aussi pris en compte les craintes et les problèmes apparaissant dans le quartier dans lequel elles ont été implantées et ont trouvé des solutions pour les réduire. Finalement, on observe que c'est l'espace domiciliaire (immeubles) qui bénéficie particulièrement d'une réduction de la consommation de drogue lors de la mise en place d'une SLC.

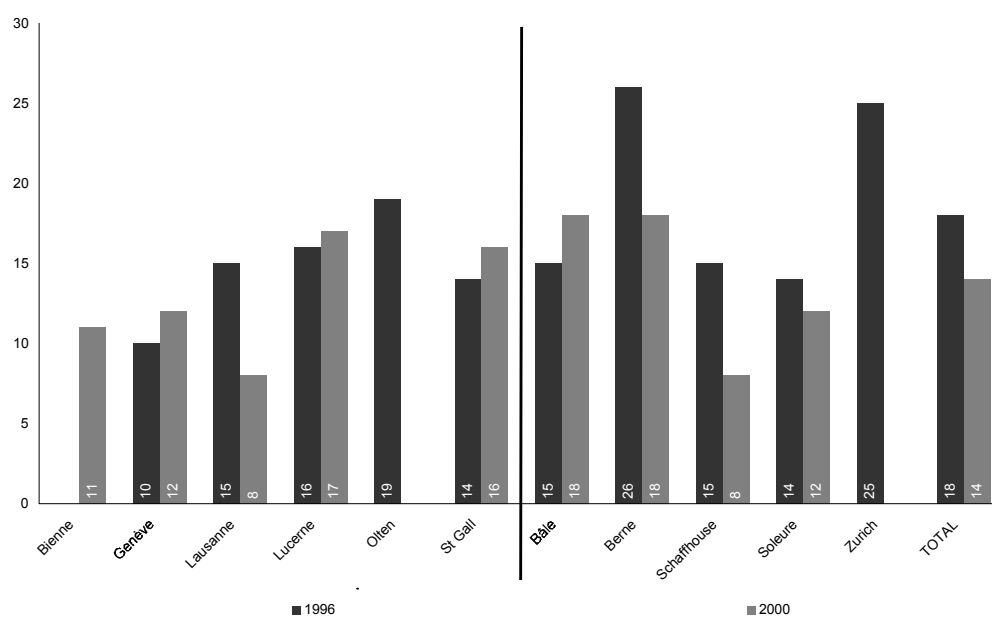
4.5 LES SLC CONTRIBUENT-ELLES À UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES QUI S'INJECTENT DE LA DROGUE ET/OU À UNE AUGMENTATION DE LA FRÉQUENCES DES INJECTIONS CHEZ CELLES-CI ?

L'une des principales critiques adressée à l'existence des SLC est qu'elles encouragent à la consommation de drogue, et ce tant chez les non consommateurs que chez les consommateurs actuels. La plus récente revue de la littérature concernant les SLC²³ ne rapporte qu'une publication néerlandaise abordant le sujet de la fréquence d'injection : dans ce cas, une diminution du nombre de jours avec usage de drogue chez les usagers de SLC a été observée. Différentes sources de données en Suisse permettent de jeter un autre éclairage sur cette question :

- estimations du nombre de consommateurs dépendants (cf. chapitre 3.1) ;
- enquêtes dans les SBS sur la consommation et les modes de consommation²⁰ ;
- monitoring du nombre de seringues remises dans les structures à bas seuil (avec et sans lieu de consommation) en Suisse (cf. chapitre 4.1.1) ;
- interviews de consommateurs (études de panel⁴⁸, études qualitatives sur l'utilisation des SLC)^{5,6c}.

Les estimations concernant le nombre de personnes dépendantes vont dans le sens d'une diminution des consommateurs d'héroïne, qui reste la substance la plus consommée. On a observé ces dernières années une tendance à l'augmentation de la consommation régulière de cocaïne par injection. Toutefois, dans la clientèle des SBS, la proportion de personnes qui s'injectent, de même que le nombre moyen d'injections qu'elles effectuent chaque semaine a diminué entre 1993 et 2000 (respectivement 1996 et 2000) sur l'ensemble des structures. Pourtant, durant cette période, nombre de villes possédaient déjà une SLC. Si l'on compare les villes entre elles (voir Figure 5), on constate que le nombre moyen d'injections a eu tendance à diminuer dans 3 des 4 villes avec SLC où l'information est disponible alors que le nombre d'injection a eu tendance à augmenter dans 3 des 4 villes sans SLC où l'information est disponible.

Figure 5 Nombre moyen d'injections par semaine chez les clients des SBS, 1996-2000, villes sans et avec SLC



IUMSP/JEPP

^c Résultats préliminaires évaluation SLC Genève, 2003, F. Benninghoff, IUMSP, communication personnelle.

Le monitoring des seringues remises dans les SBS (voir chapitre 4.1) montre clairement une tendance à la baisse dans le volume du matériel remis dans l'ensemble des structures avec SLC entre 1997 et 2002. Il n'y a donc aucun argument en faveur d'une augmentation du nombre de personnes qui s'injectent des drogues ou de la fréquence des injections, en général et dans les SLC. Des études plus locales ou qualitatives apportent parfois une vision plus nuancée, mais aussi souvent concordante, sur cette question. En 1991-92 une étude de panel^d à Zurich a montré que durant la période écoulée, la moitié environ des personnes n'avait pas changé sa fréquence de consommation^e, un quart environ consommait moins et un autre quart consommait davantage. La répartition du mode de consommation n'avait pas non plus changé. Trois études qualitatives menées en 1996 (plusieurs villes avec SLC), 2002 (SLC Genève) et 2003 (SLC Genève) dans de petits collectifs, font le même constat : ces trois sets d'interviews constatent que pour la majorité des personnes interviewées, il n'y a pas de lien entre la fréquence d'injection et le fait de fréquenter un SLC. Les variations sont attribuées à d'autres causes (produit disponible, état psychique, ressources financières, etc.). En revanche on trouve dans ces trois séries quelques personnes qui disent que la fréquentation d'un SLC leur a permis de stabiliser ou de diminuer leur consommation et quelques autres qui au contraire rapportent que la fréquentation du SLC a conduit à une augmentation ou une envie d'augmentation de leur consommation (tentation en voyant d'autres personnes s'injecter, moins de barrières à l'injection). Ces deux situations opposées sont en nombre équivalent^f.

Deux études mentionnent l'existence de personnes ayant fait leur première injection dans une SLC^{5,8}. De tels cas, qui sont plutôt rares, existent et l'autorisation d'utiliser le local de consommation n'est généralement donnée par les intervenants que si tout indique que l'injection se fera de toute façon et dans des conditions plus dangereuses que dans le cadre de la SLC.

4.5.1 Synthèse

Sur la base des données disponibles il n'y a aucune évidence que les SLC favoriseraient de façon générale la consommation par injection ou la fréquence de celle-ci. En général, les facteurs influant sur la consommation mentionnés par les usagers sont autres. Pour certains usagers cependant, les SLC représentent un facteur de stabilisation ou de diminution de la consommation, pour d'autres un facteur d'augmentation de la consommation, ces deux situations sont minoritaires et semblent être d'importance équivalente.

4.6 LES SLC ONT-ELLES UN EFFET NÉGATIF SUR L'ENTRÉE ET LE MAINTIEN EN TRAITEMENT DES CONSOMMATEURS DE DROGUE, AINSI QUE SUR LA RÉUSSITE DE CES TRAITEMENTS ?

La seconde critique fréquemment adressée à l'existence des SLC est celle de constituer un obstacle à l'entrée et au maintien en traitement et d'hypothéquer la réussite de ceux-ci. Cette critique peut être discutée en utilisant différentes données provenant :

1. de la littérature internationale ;
2. des statistiques de traitement à la méthadone (prédominant en suisse) : nombre de traitements par canton (2000) et évolution de ce nombre entre 1993 et 2000, comparaison des cantons avec et sans SLC ;

^d Deux vagues d'interviews à 7 mois d'intervalle de consommateurs recrutés dans tous les centres à bas seuil d'accès (y compris un centre de traitement de méthadone à bas seuil d'accès et d'exigence).

^e Par injection ou non.

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

3. des enquêtes de population dans les SBS : la proportion d'usagers de SBS rapportant être en traitement, comparaison des cantons avec et sans SLC ;
4. des entretiens avec les usagers : leur propre appréciation du rapport entre le fait de fréquenter un lieu d'injection et une possible incitation à / découragement de se faire traiter.

4.6.1 Le lien entre traitement et réduction des risques dans la littérature

Différentes études menées au niveau international ont montré que la participation à un programme d'échange de seringues a un effet positif sur l'identification des problèmes de santé et l'entrée en traitement chez les personnes dépendantes⁴⁹⁻⁵². Ces observations ne peuvent bien entendu pas être transposées sans autres aux structures avec local d'injection et d'inhalation mais il existe néanmoins une présomption que les effets engendrés par ces derniers devraient être de même nature.

Les problèmes en matière de prise en charge des consommateurs de drogue qui sont relevés dans ces études concernent généralement le fonctionnement global du réseau qui s'occupe des consommateurs et, plus particulièrement, l'articulation et la communication entre les structures et acteurs impliqués dans la réduction des risques et ceux oeuvrant dans les traitements. L'idée générale qui ressort de ces études est donc que l'amélioration de la prise en charge des consommateurs de drogue ne doit pas se faire par l'attribution d'une prédominance aux objectifs des thérapies et traitements ou de la réduction des risques, mais par une meilleure articulation de ceux-ci.

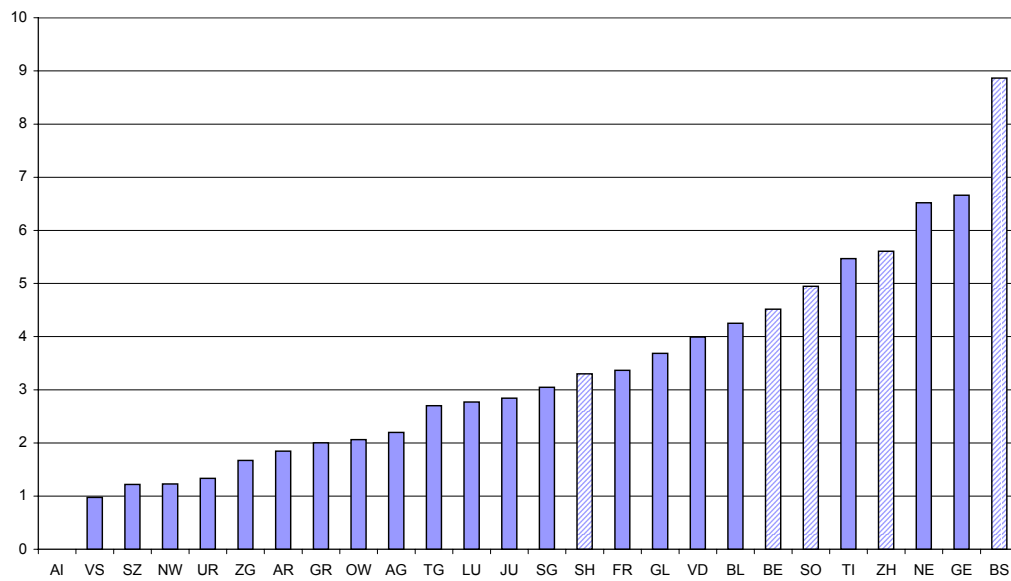
Les revues les plus récentes portant sur les SLC ne traitent pas de cette question mais rapportent une contribution à l'amélioration de la santé, des comportements à risques et des liens entre services sociaux et de santé²³. Plusieurs études suisses^{5,12,13} portent sur le travail effectué par les intervenants dans les structures à bas seuil disposant d'un local d'injection et/ou d'inhalation. Celles-ci indiquent que l'interaction entre les consommateurs de drogue et le personnel des structures permet à ces derniers d'aborder des questions de santé et de suggérer des solutions, qu'il s'agisse de pratiques de réduction des risques ou de prise de contact avec le réseau thérapeutique, pouvant être adoptées par les consommateurs de drogue. Dès lors, on peut observer que le travail de sensibilisation et de conseil permettant de favoriser l'entrée et la poursuite du traitement est généralement réalisé au sein des SLC.

4.6.2 Nombre de traitements à la méthadone par canton

En 2000²⁰, les 5 cantons (Bâle, Zurich, Soleure, Berne, Schaffhouse) qui offraient un lieu d'injection étaient parmi ceux qui avaient le plus fort taux de traitements en cours à la méthadone (voir Figure 6 : les cantons avec lieu d'injection sont hachurés).

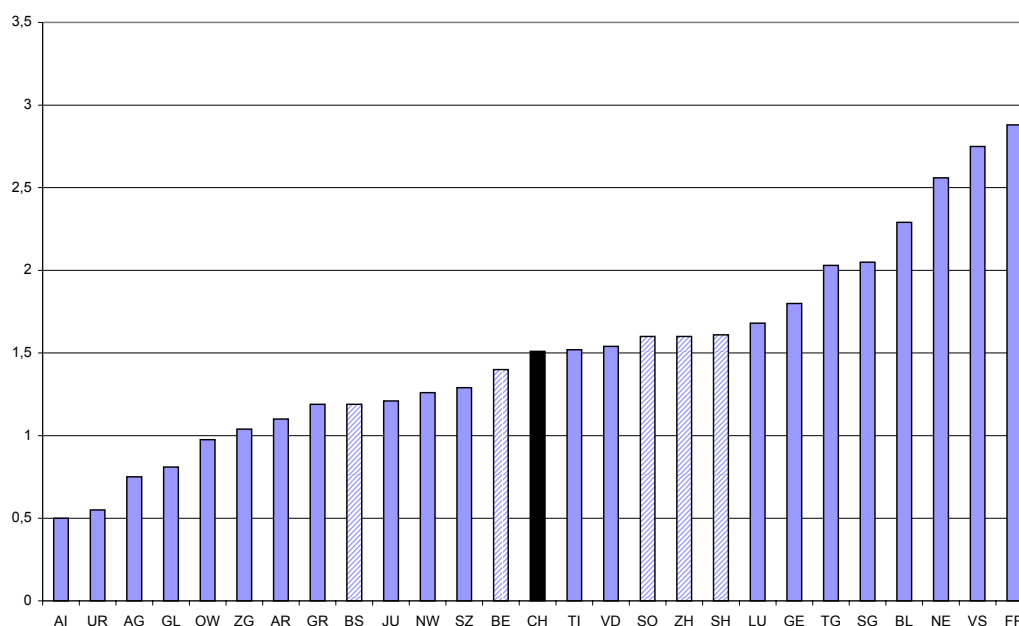
Le taux d'accroissement du nombre de traitements à la méthadone entre 1993 et 2000 a été d'environ 1.5 pour l'ensemble de la Suisse (Figure 7). Trois des 5 cantons avec lieu d'injection sont au-dessus de la moyenne nationale. On rappellera que Bâle, qui est en dessous de la moyenne, est le canton suisse qui a le plus de traitement de méthadone par 1000 habitants.

Figure 6 Nombre de traitements de méthadone pour mille habitants de 20-64 ans par canton, 2000



Source: Statistique nationale Méthadone

Figure 7 Taux d'accroissement du nombre de traitements entre 1993 et 2000, par canton



Source: Statistique nationale Méthadone

4.6.3 Usagers en traitement /non en traitement dans les divers types de SBS

On notera d'abord que de plus en plus de personnes fréquentant des SBS sont en traitement, cette proportion dépassant pour la première fois 50% en 2000 pour l'ensemble des SBS. Ceci correspond probablement à l'augmentation générale de l'accès aux traitements²⁰. Dans les sites sans local d'injection, la proportion de personnes en traitement est un peu plus élevée que dans les sites avec lieu d'injection. La différence est toutefois très faible et s'est légèrement réduite avec le temps. On notera surtout que dans les deux situations on a noté une forte progression de la proportion de personnes en traitement. Les individus qui continuent à s'injecter et à fréquenter les SBS représentent probablement une minorité que les

traitements ne parviennent pas à sevrer complètement^g ou qui sont en voie d'échec. Dans les SBS, ces personnes en traitement consomment et s'injectent néanmoins moins fréquemment^h que celles qui ne suivent aucun traitement³⁷. Il faut rappeler aussi que la majorité des personnes qui fréquentent les structures à bas seuil d'accès sont des consommateurs qui ont une longue carrière d'essais de traitements et d'échecs.

Tableau 2 Proportion d'usagers rapportant être en traitement : comparaison dans des sites avec ou sans lieu d'injection, enquêtes dans les SBS, 1993-2000ⁱ

Année	Sites avec local d'injection				Sites sans local d'injection			
	n	traitement méthadone %	traitement héroïne %	traitement total %	n	traitement méthadone %	traitement héroïne %	traitement total %
1993	674	32	0	32	445	40	0	40
1994	686	43	10	53	221	52	6	58
1996	685	42	11	53	259	53	11	64
2000	480	55	3	58	444	58	5	63

IUMSP/UEPP

Deux récoltes de données plus récentes confirment l'importante proportion d'usagers des SLC qui sont en traitement. A Bienne¹⁴, une brève enquête auprès de la clientèle d'une structure à bas seuil d'accessibilité a fait apparaître que 80% (39/49) des usagers du local d'injection et 67% des usagers du local d'inhalation (14/21) étaient en traitement de substitution. A Genève⁵, le même type d'enquête a montré que 72% des usagers (59/82) d'une structure avec local d'injection (Quai 9) suivaient un traitement.

L'étude genevoise a aussi montré que, lors de la première année d'ouverture d'une structure avec local d'injection, la clientèle qui se présentait était déjà majoritairement (59%) en traitement. Toutefois, on observe que cette proportion tend à se réduire au fil du temps (de 64% au premier trimestre à 45% au dernier trimestre) et qu'il est possible que la structure parvienne progressivement à rejoindre une population sous-traitée en comparaison locale ou nationale^j.

4.6.4 Appréciation par les usagers des SLC concernant la relation entre SLC et traitement

La question de la relation entre traitement et fréquentation d'une SLC a été posée aux usagers de la structure de Genève lors d'entretiens semi-structurés en 2003 (N=15). La plupart des usagers (12), qu'ils soient en traitement ou non, ont rapporté que le SLC n'avait (eu) aucune influence sur les projets d'entrée / l'entrée / le maintien en traitement. Une partie d'entre eux a mentionné en avoir parlé avec les intervenants. Trois usagers, tous sans traitement, ont dit être soutenus dans leur projet / les démarches

^g La question de la qualité ou des exigences des traitements doit toutefois être posée. Il a été montré que les traitements à la méthadone en Suisse étaient généralement sous-dosés⁵³. Par exemple, la dose médiane de méthadone rapportée par les personnes fréquentant les SBS et étant en traitement de méthadone était en 2000 de 60 mg/j et la durée moyenne du traitement de 46 mois. (F. Benninghoff, IUMSP, communication personnelle).

^h C'est seulement l'héroïne qui est moins consommée, on ne note pas de différence en ce qui concerne la cocaïne et les benzodiazépines.

ⁱ Fabienne Benninghoff, UEPP/IUMSP, communication personnelle.

^j Il faut aussi indiquer que le fait que des usagers de locaux d'injection ou d'inhalation ne soient pas en traitement ni signifie pas qu'ils n'ont jamais eu accès à un tel traitement. En fait, l'immense majorité des consommateurs de drogue dépendants en Suisse ont déjà eu accès à un ou plusieurs traitements.

entreprises pour une entrée en traitement. Aucun usager n'a rapporté un effet négatif du SLC sur un traitement en cours ou un projet de traitement.

4.6.5 Synthèse

Les données disponibles ne confirment pas un effet délétère spécifique des SLC sur l'entrée ou le maintien en traitement. On observe ainsi qu'une majorité des usagers des SLC est en traitement, que cette proportion est croissante, que les intervenants des SLC abordent ce sujet avec les usagers et que ces derniers n'attribuent pas une influence décisive à l'existence de ces structures par rapport à leur traitement. Si un problème existe, il se situe sans doute plus dans l'articulation des offres de réduction des risques et de traitement, et notamment dans une meilleure identification conjointe des capacités et des besoins réels des consommateurs de drogue. La qualité des traitement pourrait aussi être en cause.

La récente recommandation formulée par l'organe international de contrôle des stupéfiants⁵⁴, qui stipule qu'il convient de mettre à disposition une palette plus large de traitements au lieu de développer des SLC, n'a que peu de sens en Suisse où l'accessibilité et la diversité de l'offre de traitements est l'une des plus importantes d'Europe. Ce qui importe souvent c'est que les consommateurs de drogue puissent suivre un traitement et que, en cas d'échec momentané ou définitif de celui-ci, ils puissent disposer d'une offre de soutien qui maintient la possibilité de reprendre un tel traitement par la suite. Les biographies des consommateurs de drogue indiquent en effet qu'ils passent le plus souvent par de nombreux échecs en matière de sevrage et de substitution. L'offre de réduction des risques, incluant les SLC, doit alors servir à maintenir un état de santé, une situation sociale et un intérêt pour l'abandon de la consommation qui permettent la poursuite ou le renouvellement de telles tentatives.

4.7 LES SLC AVEC LOCAUX D'INHALATION

Des locaux d'inhalation ont été récemment ouverts dans plusieurs villes suisses (Berne, Bâle, Zurich, Bienne) et existent aussi à l'étranger (Allemagne, Hollande). Leur apparition est liée à des observations indiquant que la prévalence de la consommation par inhalation augmente, à la fois chez les nouveaux consommateurs de drogue et chez d'anciens consommateurs qui passent à un mode de consommation "moins risqué" du point de vue de la transmission du VIH, des risques d'overdoses et de certains autres maux liés à l'injection.

Les buts complémentaires de ces SLC sont donc généralement, à l'exemple de Zurich¹² :

- une meilleure orientation vers les besoins des consommateurs (nouveaux ou anciens) ;
- un soutien des consommateurs dans leur adoption de modes de consommations à faible risque ou à moindre risque ("risikoarm" ou "risikoärmer" Konsum)^k ;
- l'offre d'un lieu où ce type de consommation est accepté et la réduction de certaines nuisances (fumée, création d'une "scène") dans l'espace public.

On dispose de peu de données concernant ce type de structures. Quelques évaluations ont eu lieu en Suisse^{10,12-14} ; elles sont toutefois centrées sur les processus de mise en oeuvre de ces structures. La littérature internationale n'offre pas davantage de pistes.

Nous allons néanmoins tenter de passer en revue les différentes questions posées au sujet des lieux de consommation par injection et les appliquer à ceux par inhalation, en regroupant les rares données

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

disponibles et pertinentes existantes. Avant de passer en revue ces questions il faut toutefois se poser la question de l'attractivité de cette offre et en particulier du type de consommateurs qui l'utilisent.

L'évaluation en 2001-2002 de la SLC de Bienne qui offre les deux possibilités de consommation, permet d'apprécier quelques tendances¹. Sur l'ensemble des personnes qui se sont présentées pour la première fois dans cette SLC sur une période de 6 mois (N= 441), 28% identifient l'inhalation comme le mode principal de consommation actuel (48% pour l'injection et 24% pour les deux). Une enquête ponctuelle menée auprès de clients dans la structure (N=70), confirme cette répartition et permet de mieux définir les deux clientèles (clients du coin fumeur seulement/ clients du lieu d'injection ou des deux lieux) :

- Les clients du coin fumeur sont en moyenne plus jeunes (31.6 ans) que les clients du local d'injection (35.0 ans). Ils connaissent moins de difficultés sociales, notamment de problèmes de logement (aucun sans domicile fixe versus 11%), plus d'activité professionnelle (54% travail à temps complet versus 22%) et moins de séjours en prison (11% ont été en prison durant les 2 dernières versus 38%).
- Les clients du local d'inhalation sont moins atteints dans leur santé : aucun ne rapporte être séropositif pour le VIH (un peu moins de 10% chez les injecteurs), un peu moins d'un tiers dit être positif pour l'hépatite C (deux tiers chez les injecteurs).
- La moitié des clients du local d'inhalation se sont déjà injectés, pratiquement tous ont consommé de l'héroïne et de la cocaïne, et 1/3 consomment encore les 2 substances.
- Une proportion élevée des deux populations suit un traitement à la méthadone (67% chez les clients du coin fumeur et 76% chez les injecteurs).

Il semble donc y avoir deux sous-populations chez les clients du coin fumeur. Des personnes qui ont un long parcours de dépendance et des antécédents d'injection et des personnes qui ne se sont jamais injectées mais qui néanmoins, pour la plupart, consomment depuis de longues années (10% seulement ont moins de 25 ans). L'évaluation des structures de Zurich (2001-2002) apporte des indications qui vont dans le même sens : les intervenants estiment que 40% des utilisateurs du local d'inhalation fréquentaient déjà le local d'injection et qu'une partie des nouveaux arrivants sont des personnes connues des clients du local d'injection et/ou fréquentaient les abords de la structure¹¹. Très rapidement, les deux structures évaluées ont atteint un taux d'occupation de 90%. L'évaluation d'un projet pilote à Olten (2001) a également montré que les utilisateurs du fumoir étaient pour moitié aussi des injecteurs et qu'un quart seulement^m était constitué de personnes jusqu'alors inconnues de la structure¹⁰.

En ce qui concerne la **réduction des risques** de transmission du VIH, l'usage de drogue par inhalation ne présente pas de danger même s'il y a partage de matériel. Pour les hépatites, et en particulier pour l'hépatite C qui se transmet plus facilement que le VIH, il n'est pas exclu que le partage de matériel d'inhalation (pipes, embouts, pailles) puisse conduire à une infection. Il n'y a pas d'évidence à ce sujet et par ailleurs, la prévention du non-partage de matériel d'inhalation fait partie de l'offre de toutes les SLC avec local d'inhalation.

Une overdose a été signalée sur l'ensemble des trois évaluations. Des consommations de médicaments par inhalation avec des effets secondaires inquiétantsⁿ ou l'usage de solutions inappropriées pour la préparation des produits^o, ont aussi été observées. Il reste aussi beaucoup d'inconnues concernant la toxicité des substances inhalées ou les solutions utilisées pour diluer/extraire les substances. En conséquence, la question du type de substance qu'il est permis de consommer dans ces locaux doit se poser.

¹ Qu'il faut considérer avec prudence compte tenu du petit nombre de consommateurs interrogés dans chaque collectif.

^m Sur les 5 mois d'observation.

ⁿ Mentionné dans l'évaluation à Bienne.

^o Mentionné à Zurich.

Le passage d'une consommation par injection à une consommation par inhalation est une des formes de réduction des risques recherchée. Elle a été observée chez quelques consommateurs. Il s'agit le plus souvent de consommateurs par injection passent d'une forme à l'autre en fonction de l'état de leurs veines, de la qualité ou du prix du produit et ils apprécient d'avoir la possibilité de le faire. Aucun passage de l'inhalation à l'injection n'a été décrit dans les trois évaluations.

On dispose de peu de données précises concernant la contribution des locaux d'inhalation à une meilleure prise en charge des consommateurs. Les trois évaluations montrent que cette offre attire effectivement des clients jusque là inconnus, même s'ils ne représentent qu'une partie des fumeurs visitant le SLC. En outre, une partie de la clientèle est déjà en traitement. Finalement, il est mentionné à plusieurs reprises qu'il est plus difficile d'entrer en dialogue avec les fumeurs qu'avec les personnes qui utilisent la salle d'injection : les intervenants n'entrent pas dans la salle d'inhalation - la surveillance se faisant à travers une vitre - et les usagers quittent souvent la structure rapidement, surtout les plus jeunes, qui viennent aussi parfois en groupe. Cette situation a été décrite comme frustrante dans deux SLC. Ces locaux d'inhalation représentent donc bien un lieu supplémentaire de contact avec les consommateurs de drogue mais dont l'importance, particulièrement en tant que point de contact avec le réseau social et sanitaire, est peut-être surestimée.

La question de la contribution à l'amélioration de l'ordre public n'a pas été abordée en profondeur dans ces trois évaluations. Il est simplement mentionné qu'une partie des fumeurs qui consommaient en public aux abords des SLC le fait maintenant à l'intérieur de la structure.

4.7.1 Synthèse

Les SLC avec local d'inhalation constituent une nouveauté en Suisse. Elles ont été conçues pour répondre à un changement dans les modes de consommation chez les anciens et chez de nouveaux consommateurs d'héroïne et de cocaïne. A ce titre, elles ont pour objectif de rejoindre ces populations et de leur offrir des prestations à bas seuil d'accessibilité comme pour les injecteurs. En outre, elles pourraient servir à favoriser des modes de consommation qui comportent des risques un peu plus faibles.

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

5 CONCLUSIONS

La brève expertise présentée ici s'appuie sur les principales données existantes concernant le rôle et l'utilité des SLC et adresse sept questions qui recouvrent tant les objectifs de ces structures que les critiques qui leur sont adressées. Comme il a été mentionné au début de ce texte, les évidences sont encore rares et il a fallu s'appuyer sur les meilleures connaissances disponibles (*best available knowledge*) pour réaliser cette expertise.

En termes généraux, on peut statuer, sur la base des connaissances disponibles, que les SLC atteignent en grande partie les objectifs qui leur ont été fixés et que les critiques qui leur sont adressées ne sont guère confirmées. Ainsi, les SLC contribuent à :

- la réduction des comportements à risque en matière de transmission des maladies infectieuses, particulièrement le VIH/sida, dans la population des consommateurs de drogue les plus affectés par cette pratique ;
- la réduction des overdoses fatales et, donc, de la mortalité dans cette population ;
- l'établissement et au maintien d'un contact entre cette population et le réseau social et sanitaire, dans lequel les SBS, par les soins et l'aide sociale qu'elles offrent, constituent souvent le premier point d'accès ;
- la réduction des problèmes d'ordre public, en particulier en réduisant les scènes ouvertes, en diminuant la consommation dans les lieux publics, en récupérant les seringues usagées et en réduisant l'impact des problèmes de drogue sur l'espace domiciliaire (immeubles).

A l'inverse, les données existantes n'indiquent pas d'effet délétère spécifique sur :

- le nombre de consommateurs et la fréquence de consommation qui, tous deux, sont en baisse ;
- l'entrée et le maintien en traitement puisque la majorité des usagers des SLC sont en traitement, que cette proportion est croissante, que ce sujet est abordé dans le cadre des structures et que les usagers eux-mêmes indiquent que les SLC n'ont pas d'effet majeur sur leur traitement.

Toutes ces observations sont relatives au niveau de la santé publique et ne signifient pas que l'effet des SLC ne peut pas être délétère pour certains individus. Toutefois, sur la base des connaissances existantes, il apparaît que le bilan global des effets des SLC sur les problèmes liés à la drogue soit positif.

S'agissant du cas particulier des SLC avec local d'inhalation, la démonstration est moins convaincante. Si ces structures parviennent bel et bien à rejoindre une population d'inhalateurs, il reste qu'il n'a pas encore été possible de confirmer ou d'infirmer qu'elles peuvent aussi atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés (point de contact du réseau social et sanitaire pour les inhalateurs, réduction des problèmes d'ordre public, passage à des formes de consommation à plus faible risque). Il est donc nécessaire d'entreprendre de nouvelles recherches portant en particulier sur :

- la capacité des SLC avec local d'inhalation de servir de point de contact avec le réseau social et sanitaire pour les inhalateurs ;
- la toxicité des différentes substances inhalées et les mesures nécessaires qui en découlent ;
- l'étendue et la durabilité de passages d'une forme de consommation à une autre et leurs conséquences.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Lander B. Evaluation des St. Galler Treffpunktes mit Injektionsraum " Am unteren Graben 55": Betriebszeit April 1990 bis März 1991. St Gallen: Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen, Abteilung Gesundheitsvorsorge; 1991.
- 2 Ronco C, Spuhler G, Kaiser R. Evaluation des "Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige" in Luzern [Evaluation of a stay and care center for drug addicts in Lucerne]. *Soz Präventivmed* 1996;41 Suppl 1:S45-S57. Available at: URL: PM:8693816.
- 3 Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schöpfer R. Evaluation der Gassenzimmer I, II, und III in Basel. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel; 1994.
- 4 Nydegger B, Schumacher C, Meier Kressig M. Gesamtevaluation der niedrighschwelligeren Drogenhilfe in der Stadt Zürich. Zurich: Institut für Suchtforschung; 1996.
- 5 Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9: "Espace d'accueil et d'injection" à Genève. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (à paraître).
- 6 Geense R. To have or to have not: that's the question: a qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland. Lausanne: IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive); 1997. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.11).
- 7 Jann M, Herrmann R, Ramming P. Des Berner Anlaufstellenmodell: Evaluation des Betriebs der Anlaufstellen mit Drogenkonsumraum Münsterergasse, Kleine Schanze und Nägeligasse (1989-1991). Bern: Stiftung Contact; 1992.
- 8 Reyes Fuentes VC. 15 Jahre Fixerraum Bern: Auswirkungen auf soziale und medizinische Aspekte bei Drogenabhängigen Medizinische Fakultät der Universität Bern; 2003.
- 9 Minder Nejedly M and Bürki CM. Monitoring HIV Risk Behaviours in a Street Agency with Injection Room in Switzerland. Universität Bern; 1999.
- 10 Willen C. Evaluation Inhalationsraum: Pilotprojekt der Anlaufstelle Rötzmatt, Suchthilfe Region Olten (SHO). Bern: Sfinx; 2002.
- 11 Spreyermann C, Willen C. Analyse der Tätigkeiten und Angebotsbereiche in Anlaufstellen. Sfinx, Ed. Bern: 2003.
- 12 Spreyermann C, Willen C. Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen: Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich. Bern: Sfinx; 2003.
- 13 Spreyermann C, Willen C. Politprojekt Cactus: Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel. Bern: Sfinx; 2002.
- 14 Benninghoff F, Dubois-Arber F. Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus Biel/Bienne 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002.
- 15 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.
- 16 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).
- 17 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.
- 18 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) 2003;
- 19 Dubois-Arber F, Jeannin A, Benninghoff F, Moreau-Gruet F, Spencer B. VIH/sida : recrudescence des comportements à risques ? Le principe de précaution devrait l'emporter. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 2003;8:128-32.

- 20 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.
- 21 Poschadel S, Höger R, Schnitzler J, Schreckenberger D. Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos; 2003. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Band 149).
- 22 Dolan K, Kimber J, Fry C, Fitzgerald J, McDonald D, Trautmann F. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review* 2000;(19):337-46.
- 23 Kimber J, Dolan K, van Beek I, Hedrich D, Zurhold H. Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug and Alcohol Review* 2003;(22):227-33.
- 24 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).
- 25 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).
- 26 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.
- 27 Office fédéral de la santé publique, editor. La politique suisse en matière de drogue. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- 28 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.
- 29 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.
- 30 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.
- 31 Ballotta D, D'arrigo L. Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union: A descriptive review. Lisbon: EMCDDA; 2002.
- 32 Longchamp C, Cattacin S, Wisler D, Lehmann P, editors. 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 (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik); 1998. (Schriftenreihe der SGGP = Cahiers d'études de la SSPS = Pubblicazioni della SSPS).
- 33 Maag V. Prévalence de la dépendance à l'héroïne en Suisse: estimations, tendance à la hausse jusqu'en 1993-94, à la baisse jusqu'en 1998. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 2000;(21):396-9.
- 34 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).
- 35 Jeannin 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 oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 36 Aarburg HPv. Heroin, Dampf, Scheiben, Wirbel: eine Kulturanthropologische und ethnopschoanalytische Studie des Foliendrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (Schweiz); 1997.
- 37 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.

- 38 Office fédéral de la santé publique. Sida et VIH en Suisse. Situation épidémiologique à fin 2002. Office fédéral de la santé publique, Ed. Berne: 2003.
- 39 Steffen T, Blatter R, Gutzwiller F, Zwahlen M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health* 2001;11(4):425-30.
- 40 Ladewig D. A reduction in HIV positive and an increase in hepatitis C positive subjects in methadone maintenance treatments. *Swiss Med Wkly* 2001;131:422. Available at: URL: www.smw.ch.
- 41 European 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. Available at: URL:<http://www.emcdda.org/infopint/publications.shtml>.
- 42 Hagan H. Supervised injection rooms: prospects and limitations. *International Journal of Drug Policy* 2002;(13):449-51.
- 43 Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schöpfer R. Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. *Soz- Präventivmed* 1996;41(S1):S58-S68.
- 44 Ronco C, Spuhler G, Kaiser R. Evaluation des "Aufenthalts-und betreuungsraum für Drogenabhängige" in Luzern. *Soz- Präventivmed* 1996;41 *Suppl* 1:S45-S57.
- 45 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).
- 46 Kübler D. Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: analyse des conflits de mise en oeuvre. Paris: L'Harmattan; 2000. (Collection Logiques politiques).
- 47 Zurhold H, Degkwitz P, Verthein U, Haase C. Drug Consumption Rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the Effects on Harm Reduction and The Reduction of Public Nuisance. *J Drug Issues* 2003;3(33):663-88.
- 48 Meier Kressig M, Nydegger Lory B, Schuhmacher C. Nutzen niederschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. Schlussbericht der niederschwelligen Drogenhilfe in der Stadt Zürich. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1996. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung).
- 49 Mac Master SA, Vail KA. Demystifying the injection drug user: willingness to participate in traditional drug treatment services among participants in a needle exchange program. *Journal of Psychoactive Drugs* 2002;34(3):289-94.
- 50 Riley ED, Safaeian M, Strathdee SA, Beilenson P, Vlahov D. Drug treatment referrals and entry among participants of a needle exchange program. *Substance Use & Misuse* 2002;37(14):1869-86.
- 51 Henderson LA, Vlahov D, Celentano DD, Strathdee SA. Readiness for cessation of drug use among recent attenders and nonattenders of a needle exchange program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2003;32(2):229-37.
- 52 Hagan H, McGough JP, Thiede H, Hopkins S, Duchin J, Alexander ER. Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle exchange participation in Seattle drug injectors. *J Subst Abuse Treat* 2000;19(3):247-52.
- 53 Rehm J, Uchtenhagen A. Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001.
- 54 OICS. Rapport 2002 de l'Organisation Internationale de Contrôle des Stupéfiants (OICS). New York: Nations Unies; 2003.