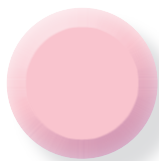


## **Monitoring de la consommation de substances dans les centres d'accueil bas seuil 2017**

Un projet des centres d'accueil bas seuil de Suisse et d'Infodrog



# Impressum

## **Editeur**

Infodrog  
Centrale nationale de coordination des addictions  
CP 460, CH-3000 Berne 14  
+41(0)31 376 04 01  
office@infodrog.ch  
www.infodrog.ch

## **Auteur-e-s**

Melanie Wollschläger, ValueQuest GmbH  
Peter Menzi, Infodrog  
Dominique Schori, Infodrog

## **Analyse des données**

Melanie Wollschläger, ValueQuest GmbH

## **Récolte de données**

Centres d'accueil bas seuil ayant participé:  
Bâle: Kontakt- und Anlaufstellen, Suchthilfe Region Basel  
Berne: CONTACT Centre d'accueil, Berne  
Bienne: CONTACT Centre d'accueil, Bienne  
Genève: Quai 9, Première ligne, Association genevoise de réduction des risques liés aux drogues  
Lucerne: Kontakt- und Anlaufstelle, Verein kirchliche Gassenarbeit Luzern  
Schaffhouse: Tagesraum TASCH, Verein für Jugendfragen, Prävention und Suchthilfe, Schaffhouse  
Soleure: Kontakt- und Anlaufstelle, PERSPEKTIVE Region Solothurn-Grenchen, Soleure  
Zürich: Kontakt- und Anlaufstellen, Stadt Zürich, Soziale Einrichtungen und Betriebe

## **Relecture**

Marianne König, Infodrog

## **Traduction**

Célia Bovard, Infodrog

## **Mise en page**

Roberto da Pozzo/ Célia Bovard, Infodrog  
© infodrog 2017

# Contenu

<b>1.</b>	<b>Introduction</b>	<b>4</b>
1.1	Situation initiale	4
<b>2.</b>	<b>Méthodologie et réalisation de l'enquête</b>	<b>5</b>
2.1	Méthodologie	5
2.2	Réalisation du questionnaire	5
<b>3.</b>	<b>Evaluation</b>	<b>6</b>
3.1	Aperçu général de la consommation de substances	6
3.2	Forme de consommation: sniff	9
3.3	Forme de consommation: fumée	10
3.4	Forme de consommation: injection	11
3.5	Comparaison entre les centres d'accueil bas-seuil	12
<b>4</b>	<b>Discussion des résultats</b>	<b>16</b>
4.1	Généralités	16
4.2	Réflexions méthodologiques	16
4.3	Différences régionales	17
4.4	Perspectives	17
<b>5</b>	<b>Annexe</b>	<b>18</b>
5.1	Heures d'ouverture des locaux de consommation	18
5.2	Représentant-e-s des centres ayant participé au groupe de travail	18

# 1. Introduction

## 1.1 Situation initiale

Dans le cadre de la Stratégie nationale Addictions, l'Office fédéral de la santé publique a défini entre autres l'objectif stratégique de «mettre à la disposition des acteurs de la politique des addictions une base et des données scientifiques au moyen d'un système de monitoring adapté.»<sup>1</sup> Le système de monitoring doit recourir à des systèmes de récolte des données existants et être complété par des instruments supplémentaires le cas échéant.

Les centres d'accueil offrent un accès à bas seuil à une aide à la survie et des consultations aux consommateurs de drogues qui ne veulent ou ne peuvent pas renoncer à la consommation de substances illégales. Dans les locaux d'injection et de consommation surveillés, il est possible de consommer des drogues illégales, apportées par les consommateurs eux-mêmes, dans des conditions hygiéniques. En Suisse, cette offre existe dans presque toutes les grandes villes. Les centres d'accueil bas seuil constituent une partie importante de la réduction des risques et permettent, grâce à leur accès bas seuil, d'atteindre un groupe de consommateurs qui n'ont presque pas recours à d'autres offres et dont le comportement de consommation n'est encore que très peu connu. Un monitoring du comportement de consommation dans les centres d'accueil bas seuil peut devenir une pierre angulaire du système de monitoring mentionné ci-dessus car il livre des données et des tendances sur le comportement de consommation d'un groupe particulièrement vulnérable.

Dans le cadre d'un projet pilote pour les années 2016 et 2017, huit institutions de Suisse alémanique et de Romandie ont consenti à relever la consommation de substances de leurs clients par échantillonnage selon une méthode homogène de récolte de données.

Le but de ce projet pilote est d'obtenir un premier aperçu de la consommation de substances dans les centres d'accueil bas seuil dans l'ensemble de la Suisse. On récolte en particulier des données sur les substances qui sont consommées dans les centres d'accueil bas seuil, sur la façon dont les différentes formes de consommation sont réparties (injection, inhalation, sniff) et sur les formes de polyconsommation les plus fréquentes.

Les données récoltées pour l'année 2016 pour le présent rapport ont été discutées avec les institutions. Certaines hypothèses sont entre autres discutées pour chacune des valeurs et le projet est soumis à une évaluation critique. Un résumé de cette discussion se trouve à partir de la page 16.

Après la fin de la phase pilote, il sera décidé ensemble avec les institutions participantes si le projet «Monitoring de la consommation de substances dans les centres d'accueil bas seuil» est poursuivi et sous quelle forme.

<sup>1</sup> Office fédéral de la Santé publique (Ed.): Stratégie nationale Addictions (2016, p.65)

## 2. Méthodologie et réalisation de l'enquête

### 2.1 Méthodologie

La récolte de données pour le monitoring ne devait pas gêner le fonctionnement du centre d'accueil bas seuil et les clients ne devaient pas être inutilement perturbés par le questionnaire. Afin que la charge de travail reste gérable pour les collaborateurs, le questionnaire a été conçu de la manière la plus simple possible. Afin d'augmenter la disposition des clients à participer, l'entière protection des données leur a été garantie, seul le sexe a été relevé lors du questionnaire.

Un questionnaire papier était disponible pour chaque sexe et pour chaque forme de consommation: sniff, fumée, injection. Tout d'abord, pour savoir entre combien de personnes différentes le nombre total de consommations se répartissait ce jour-là, on a demandé aux clients, avant la consommation, si c'était la première fois qu'ils consommaient dans le local ce jour-là ou non. Deuxièmement, on a demandé aux clients quelles substances ils voulaient consommer lors de la consommation actuelle et sous quelle forme (sniff, fumée, injection). Ensuite, on a demandé aux clients s'ils consommaient seulement une substance (mono-consommation) ou s'ils la mélangeaient à une autre (polyconsommation). Les collaborateurs des centres d'accueil bas seuil notaient les réponses sur les questionnaires papier. A la fin de la journée de récolte de données, les réponses étaient reportées sur une feuille Excel.

#### Limites méthodologiques

L'évaluation se base sur les réponses des clients qui déclaraient ce qu'ils allaient consommer. Le nombre de cas chez les huit centres d'accueil bas seuil participants variait fortement. En 2016, il y a eu en effet au minimum 478 et au maximum 11'620 consommations. Le questionnaire n'a pas toujours été réalisé par du personnel supplémentaire, la garantie du bon fonctionnement du centre d'accueil bas seuil étant prioritaire. Selon l'affluence dans les centres d'accueil bas seuil, il se peut qu'il y ait eu de légères imprécisions car la totalité des clients n'ont pas pu être interrogés. Les réflexions des institutions sur les limites méthodologiques se trouvent à la fin du rapport de monitoring à la page 16.

### 2.2 Réalisation du questionnaire

Huit centres d'accueil bas seuil en Suisse, disposant de locaux pour la consommation de substances psychoactives, ont participé à la récolte de données, bien que sept d'entre eux se trouvent en Suisse alémanique et un en Romandie.

Afin d'obtenir des données stables et fiables, quatre phases de récolte de données, réparties sur toute l'année, ont été réalisées. La première phase a eu lieu en mars, la deuxième en juin, la troisième en septembre et la quatrième en décembre. Lors de chaque phase, les données ont été récoltées lors de trois jours de la semaine consécutifs, même si ces jours pouvaient varier. Le nombre de personnes interrogées était le plus élevé lors de la première phase et il a baissé de manière continue au cours de l'année. Il n'est pas clair si cette baisse est due à une diminution du nombre de clients au cours de l'année ou à un sondage lacunaire (baisse de la motivation des clients à participer au cours du monitoring).

Tableau 1: Aperçu des périodes de récolte de données et du nombre de questionnaires

Phase	Période de récolte de données	Nombre de personnes interrogées	Nombre de consommations
Phase 1	Du lundi 21 mars au mercredi 23 mars 2016	3472	8658
Phase 2	Du mardi 14 juin au jeudi 16 juin 2016	3378	7770
Phase 3	Du mercredi 14 septembre au vendredi 16 septembre 2016	3184	7838
Phase 4	Du jeudi 8 décembre au samedi 10 décembre 2016	3149	7988

### 3. Evaluation

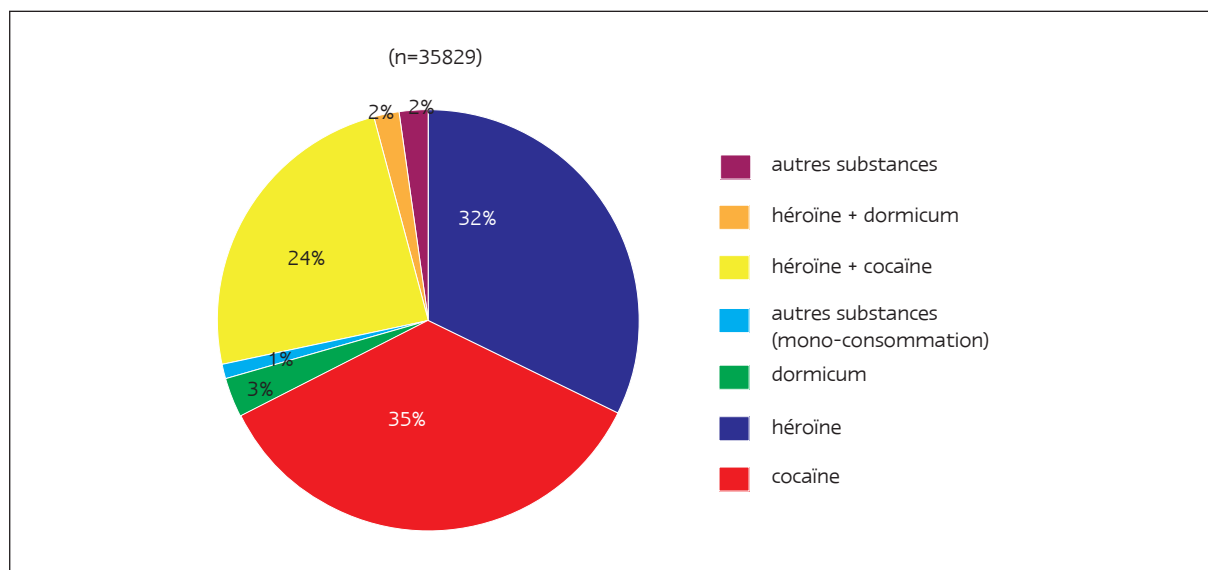
#### 3.1 Aperçu général de la consommation de substances

Afin d'obtenir des données fiables, tous les jours de récolte de données ont été calculés et la répartition des consommations a été identifiée dans l'évaluation qui suit. Le nombre de cas correspond donc à la somme des consommations des 12 jours de récolte (trois jours de récolte de données par phase) en 2016.

Dans les quatre phases de récolte de données effectuées, 13'183 personnes au total ont été interrogées, bien qu'une grande partie d'entre elles ait été interrogée plusieurs fois. Au total, 35'829 consommations ont été prises en compte dans l'évaluation. La plus grande partie des clients des centres d'accueil bas seuil ayant participé au monitoring sont des hommes (80%).

Plus de la moitié des consommations (57%) s'est faite en fumant la ou les substances, 23% sous la forme d'injection et 21% sous la forme de sniff. Un bon tiers des clients des centres d'accueil bas seuil ont consommé lors de leur passage dans le local de consommation seulement de la cocaïne (35%) et 32% seulement de l'héroïne. Pour une consommation sur quatre, il s'agissait d'un mélange des deux substances. En comparaison, les autres substances sont consommées plus rarement. 3% des personnes interrogées ont consommé du dormicum dans les locaux de consommation et 1% de la ritaline. Les substances telles que la méthadone, le sèvre-long, les méthamphétamines («crystal meth»), les amphétamines (speed») ou le valium sont consommées dans les locaux des centres d'accueil bas seuil.

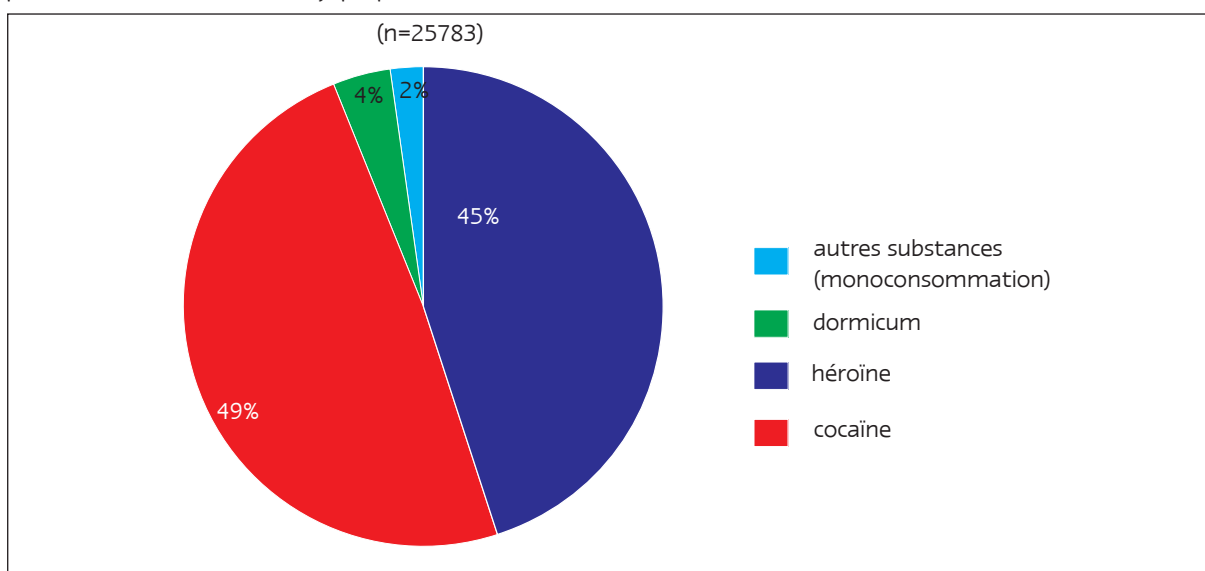
Graphique 1: Consommation de substances, valeurs totales (n = somme des consommations lors des quatre phases de récolte de données), proportions en %



### Mono-consommation

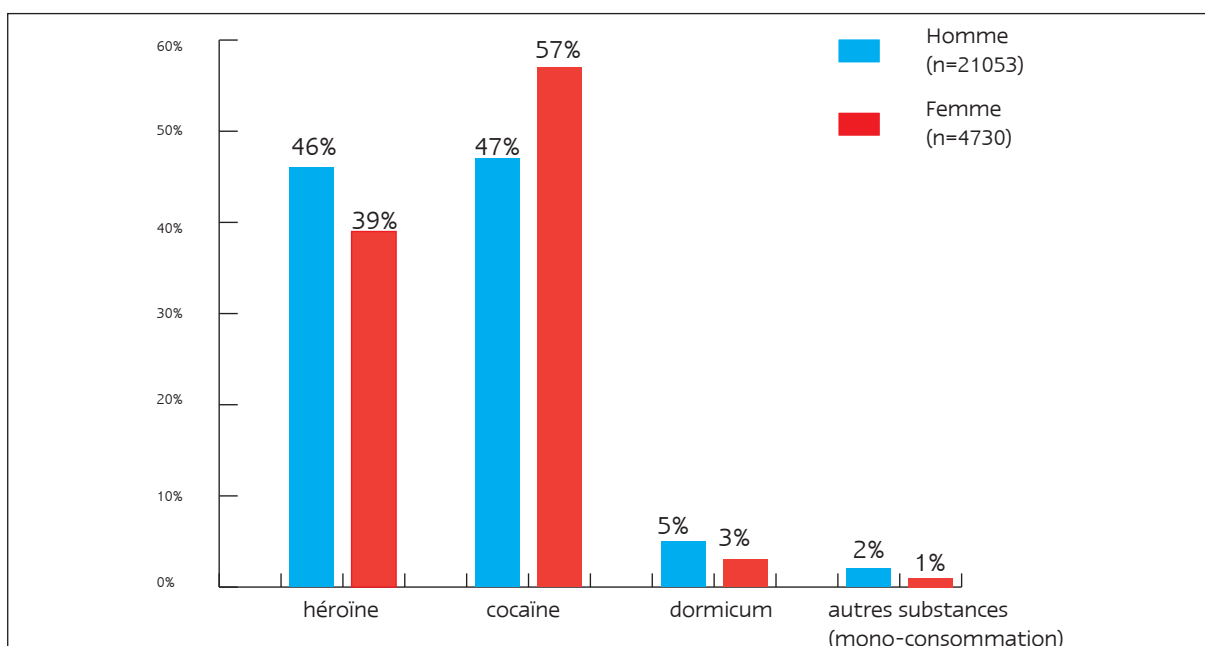
Si on ne considère que la mono-consommation, c'est-à-dire seulement les consommations lors desquelles on n'a consommé qu'une seule substance (en tout environ 72% de toutes les consommations), on obtient une image semblable. C'est la cocaïne (49%) qui a été le plus souvent consommée dans les centres d'accueil bas seuil, suivie de l'héroïne (45%) et dans une moindre mesure du dormicum (4%). Les autres substances ont rarement été consommées seules (voir le graphique 2).

Graphique 2: Consommation de substances, valeurs totales (n = somme des consommations lors des quatre phases de récolte de données), proportion en %



Si on considère la mono-consommation de manière séparée selon les sexes, il apparaît que, chez les hommes, la consommation de cocaïne et d'héroïne dans les centres d'accueil bas seuil est à peu près aussi fréquente, alors que chez les femmes, la consommation de cocaïne représentait une proportion significativement plus élevée (57% des consommations) que la consommation d'héroïne (39% des consommations).

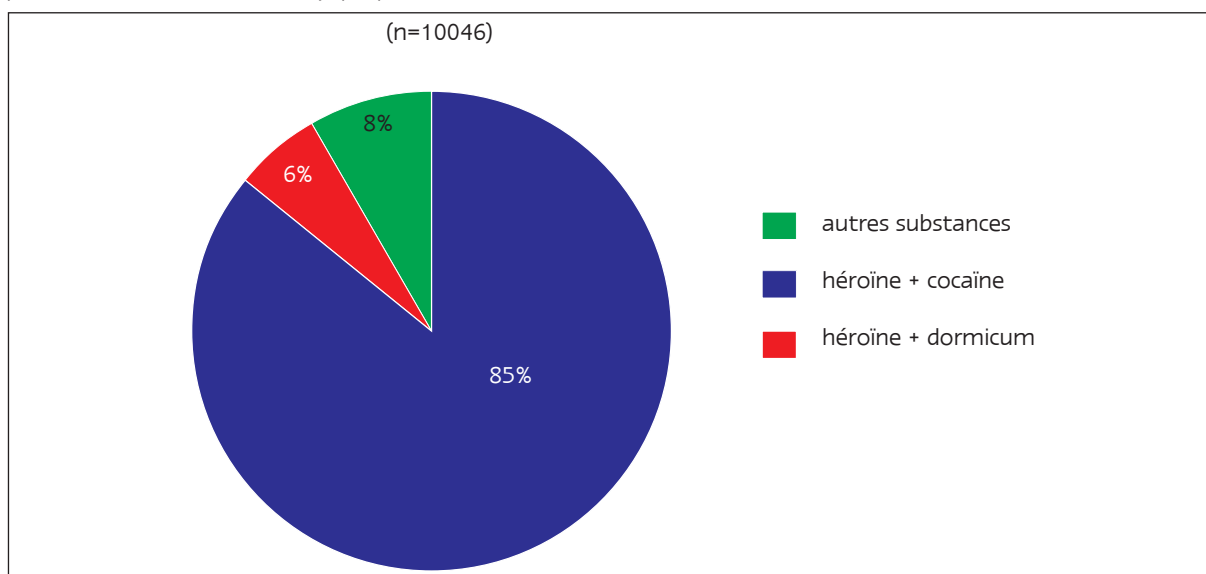
Graphique 3: Consommation de substances, valeurs totales (n = somme des consommations lors des quatre phases de récolte de données), proportions en %



## Polyconsommation

L'héroïne et la cocaïne étaient de loin les substances les plus fréquemment consommées ensemble. En effet, il s'agissait de ces deux substances pour 85% des polyconsommations. Le deuxième mélange le plus fréquent, avec une proportion s'élevant à 6%, était celui de l'héroïne et du dormicum. La polyconsommation de ces trois substances, héroïne, cocaïne et dormicum, est dans 3% des cas le troisième mélange le plus fréquent (voir le graphique 4). Il n'y avait pas ou très peu de différences entre les sexes en ce qui concerne la polyconsommation.

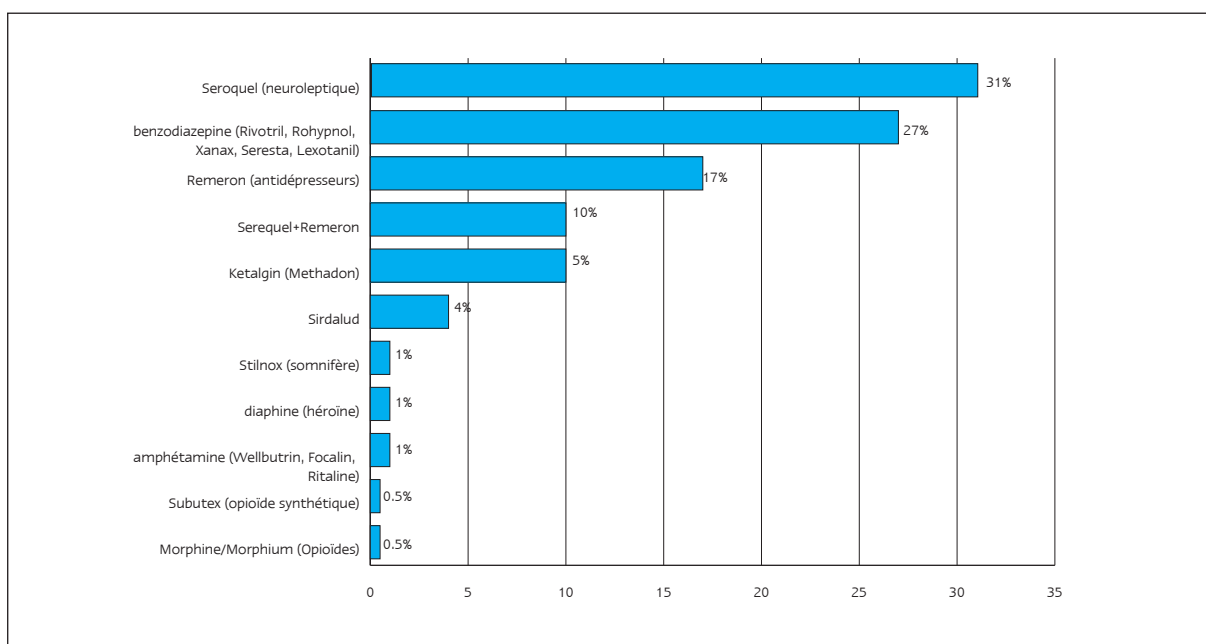
Graphique 4: Consommation de substances, valeurs totales (n = somme des consommations lors des quatre phases de récolte de données), proportions en %



## Autres substances

Les autres substances ont été rarement consommées. Les personnes interrogées ont le plus souvent indiqué consommer le neuroleptique Seroquel, suivi de benzodiazépines. Un aperçu des autres substances est visible dans le graphique suivant.

Graphique 5: Consommation d'autres substances, valeurs totales, proportion des autres substances dans la consommation totale en %

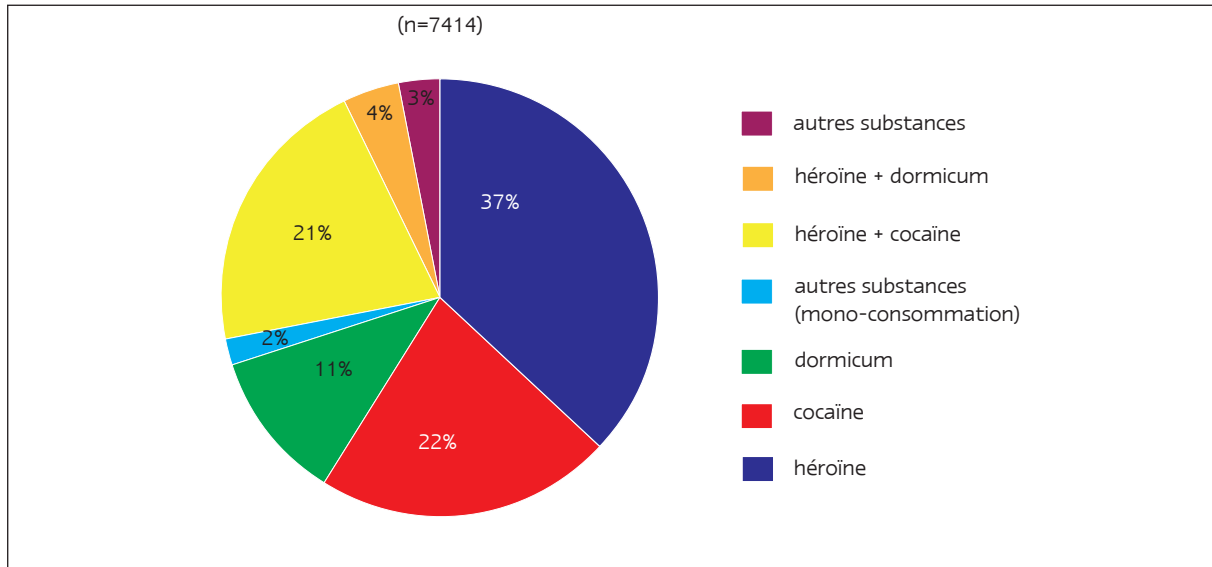




### 3.2 Forme de consommation: sniff

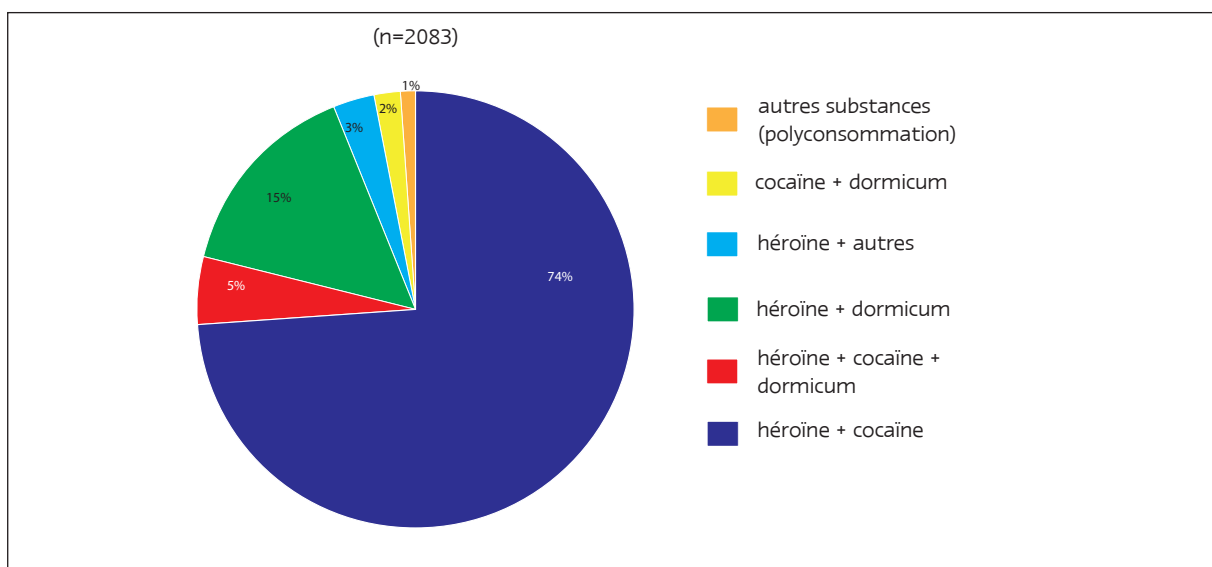
En moyenne, on a dénombré deux consommations pour les clients consommant des substances par sniff. Il n'y avait pas de différences significatives entre les sexes. Avec une proportion de 37%, l'héroïne a été le plus souvent sniffée en monoconsommation, suivie de la cocaïne (22%) et du dormicum (11%). L'héroïne et la cocaïne sont souvent sniffées ensemble (proportion 21%) (voir le graphique 6).

Graphique 6: Consommation de substances par sniff, valeurs totales (n = somme totale des consommations par sniff lors des quatre phases de récolte de données), proportions en %



Si une seule substance est sniffée, on observe les proportions suivantes. Dans la moitié des cas, les clients interrogés ont sniffé de l'héroïne (51%), suivent la cocaïne (31%), le dormicum (15%), la ritaline (2%) et le valium (1%). Les autres substances ont rarement été consommées seules. Lors de la polyconsommation, l'héroïne et la cocaïne sont sniffées ensemble (74%) ou mélangées avec du dormicum (proportion héroïne, cocaïne, dormicum: 5%, proportion héroïne-dormicum 15%).

Graphique 7: Consommation de substances par sniff, seulement la polyconsommation (n = somme totale des consommations par sniff lors des quatre phases de récolte de données), proportions en %

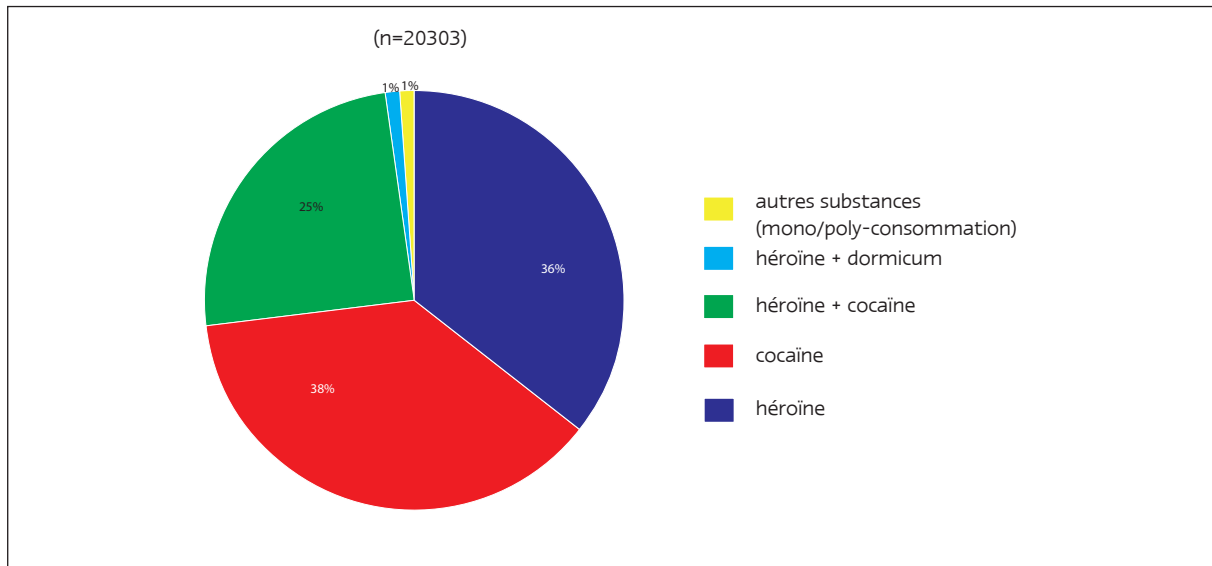


### 3.3 Forme de consommation: fumée

En moyenne, on a dénombré trois consommations pour les clients qui consomment des substances en fumant. Les hommes, qui représentaient une proportion de 80%, venaient en moyenne trois fois par jour et les femmes un peu moins avec 2,5 fois.

C'est surtout l'héroïne et la cocaïne qui étaient fumées séparément ou ensemble. Les autres substances n'étaient pratiquement pas fumées, comme on le voit dans le graphique suivant.

Graphique 8: Consommation de substances en les fumant, valeurs totales (n = somme totale des consommations par fumée lors des quatre phases de récolte de données), proportions en %



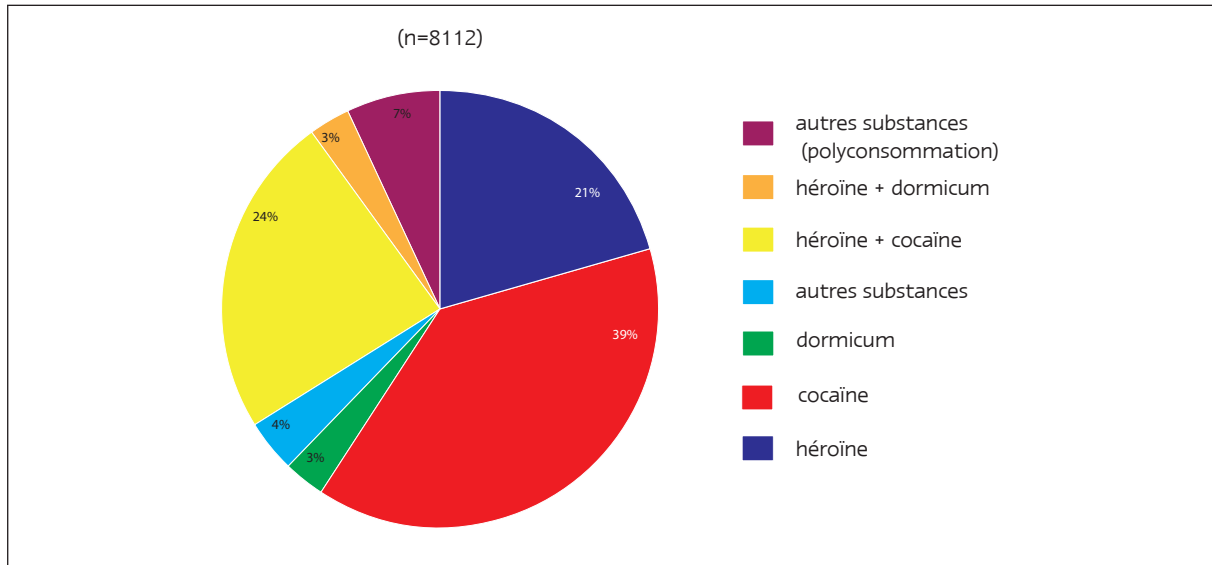
Les consommations où une seule substance était fumée concernaient dans 51% des cas la cocaïne et dans 49% des cas l'héroïne. Aussi en cas de polyconsommation, avec une proportion de 97%, les clients interrogés fumaient pratiquement seulement un mélange d'héroïne et de cocaïne.

### 3.4 Forme de consommation: injection

En moyenne, on a dénombré deux consommations pour les clients consommant par intraveineuse. Il n'y avait que de petites différences entre les sexes. Les femmes s'injectaient en moyenne 2,2 fois par jour une substance, les hommes 2 fois par jour.

C'est de la cocaïne qui a été injectée le plus souvent dans les locaux de consommation (39%). Pour près d'une injection sur cinq (21%), il s'agissait exclusivement d'héroïne. Pour une injection sur quatre, il s'agissait d'une injection d'un mélange d'héroïne et de cocaïne.

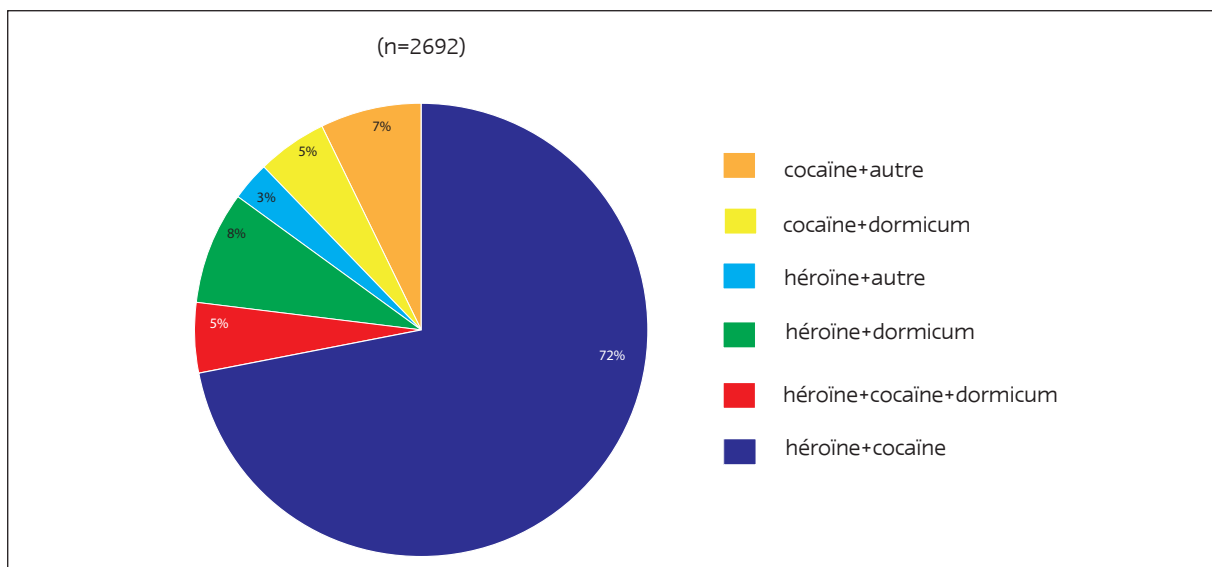
Graphique 9: Consommation de substances par injection, valeurs totales (n = somme des consommations par injection lors des quatre phases de récolte de données), proportions en %



Si on ne considère que la mono-consommation, on voit apparaître les proportions suivantes: 59% pour la cocaïne, 31% pour l'héroïne, 5% pour le dormicum, 2% pour le sèvre-long et 2% pour la ritaline.

En ce qui concerne la polyconsommation, le mélange d'héroïne et de cocaïne dominait avec une proportion de 72%. Comme on le voit dans le graphique suivant, le dormicum était relativement souvent mélangé soit à l'héroïne soit à la cocaïne ou mélangé aux deux.

Graphique 10: Consommation de substances lors de l'injection, seulement la polyconsommation (n = somme des consommations par injection lors des quatre phases de récolte de données), proportions en %



### 3.5 Comparaison entre les centres d'accueil bas-seuil

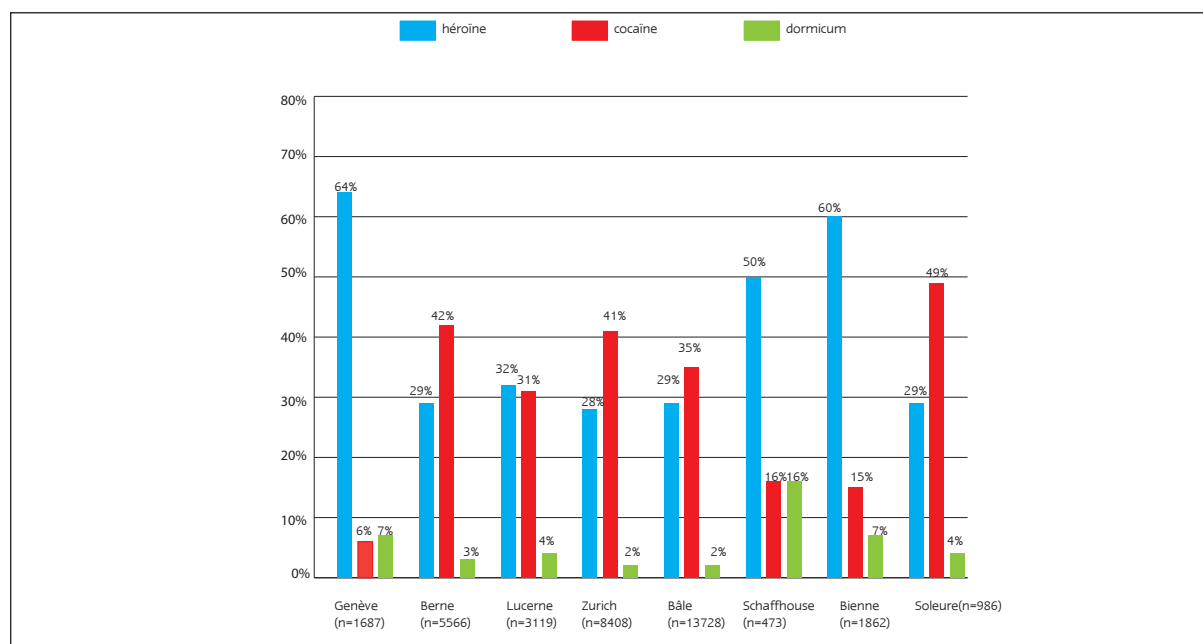
Il y a parfois des différences considérables en ce qui concerne la répartition des consommations des différentes substances entre les centres d'accueil bas seuil. Ces différences sont présentées plus en détails ci-après. Il faut prêter attention au fait que le nombre de cas peut varier fortement entre les différents centres d'accueil bas seuil. Alors que dans le centre d'accueil bas seuil de la ville de Bâle, 4350 personnes<sup>2</sup> au total ont été interrogées au cours de l'année, elles n'étaient que 264 à Schaffhouse (voir le tableau 2). Il faut en particulier tenir compte du fait que les institutions disposent d'heures d'ouverture différentes<sup>3</sup> et que les règles au sein des locaux de consommation varient (p.ex. temps dont les clients disposent pour leur consommation).

Tableau 2: Nombre de consommations et de personnes, valeurs totales selon les centres d'accueil bas seuil

	Bâle	Berne	Bienne	Genève	Lucerne	Schaffhouse	Soleure	Zurich
Nombre de consommations	13728	5566	1862	1687	3119	473	986	8408
Nombre de personnes	4350	1649	805	1031	1092	264	455	3537

Si on considère les trois substances le plus souvent consommées, l'héroïne, la cocaïne et le dormicum (aussi bien en mono qu'en polyconsommation, on voit apparaître des différences significatives. Dans le centre d'accueil bas seuil de Genève, la proportion de consommations d'héroïne était la plus élevée avec 64%, alors qu'elle était la plus faible dans celui de Zurich avec 28%. La proportion de consommations de cocaïne variait elle aussi fortement. Dans le centre d'accueil bas seuil de Soleure, elle s'élevait à 49%, alors que c'est dans celui de Genève que la proportion était la plus faible avec 6% (voir le graphique 11).

Graphique 11: Proportion en % de la consommation d'héroïne, de cocaïne et de dormicum dans les différents centre d'accueil bas seuil (mono et polyconsommation) proportions en %

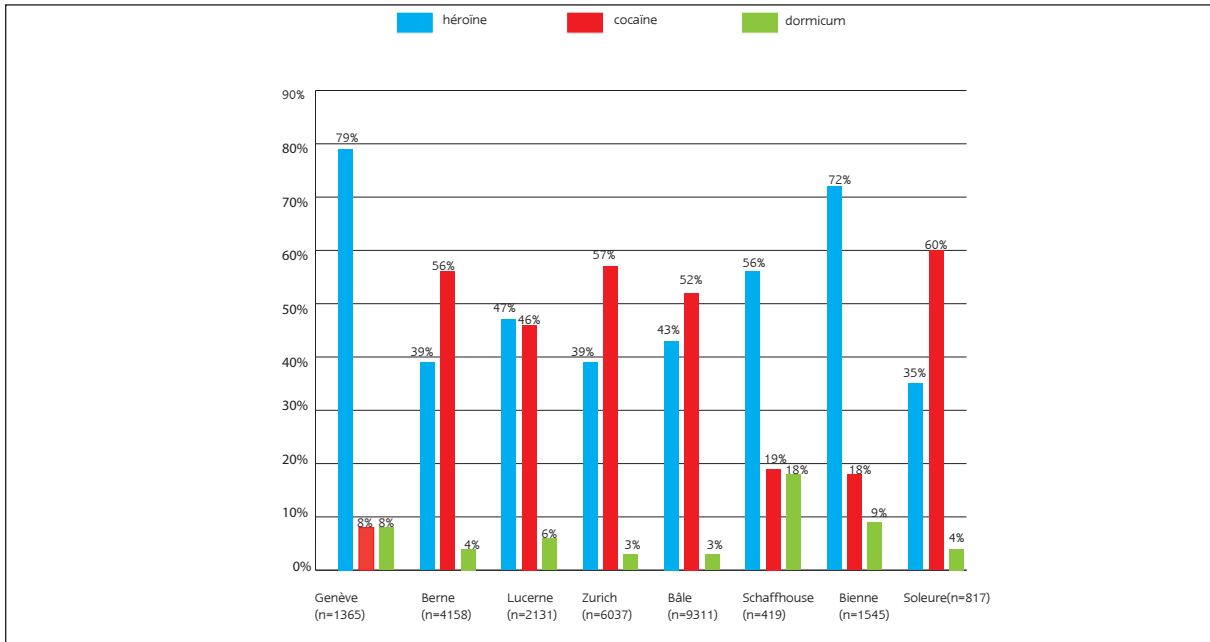


2 De nombreux clients ont été interrogés plusieurs fois pendant les 12 jours au total de récolte de données. Ainsi le «nombre de personnes» peut être dans le tableau suivant significativement plus élevé que le nombre de clients des centres d'accueil bas seuil.

3 Vous trouverez un aperçu des heures d'ouverture des différents locaux de consommation dans l'annexe.

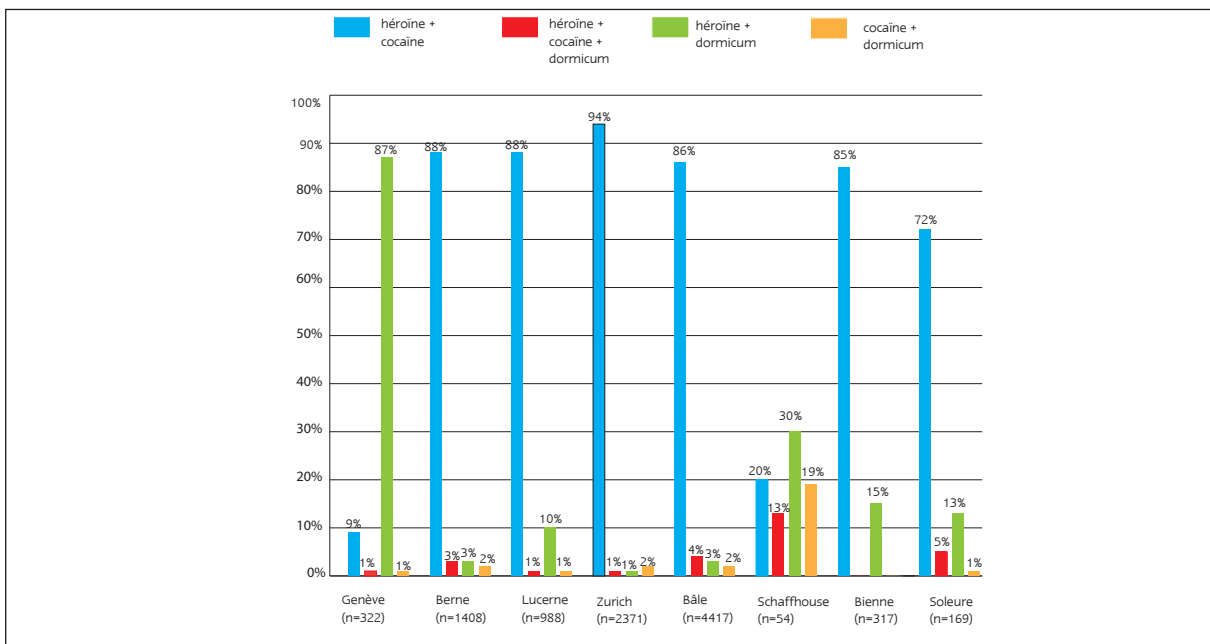
Des différences parfois significatives sont également clairement apparues pour la monoconsommation. Dans le centre d'accueil bas seuil de Genève, c'était la consommation exclusivement d'héroïne qui était la plus élevée (proportion 79%), dans celui de Soleure, c'était la consommation de cocaïne qui constituait la proportion la plus élevée avec 60% (voir le graphique 12).

Graphique 12: Proportions en % de la consommation d'héroïne, de cocaïne et de dormicum dans les différents centre d'accueil bas seuil, seulement en monoconsommation, proportions en %



Pour la polyconsommation, une image presque semblable se dessine pour six des huit centres. Loin devant les autres, l'héroïne et la cocaïne étaient les substances les plus souvent consommées en mélange. Le centres d'accueil bas seuil de Genève, où étaient mélangés le plus souvent et loin devant les autres l'héroïne et le dormicum, et celui de Schaffhouse, avec des proportions équilibrées des autres mélanges, étaient des exceptions, bien que dans ce cas il faut prêter attention au faible nombre de cas (voir le graphique 13).

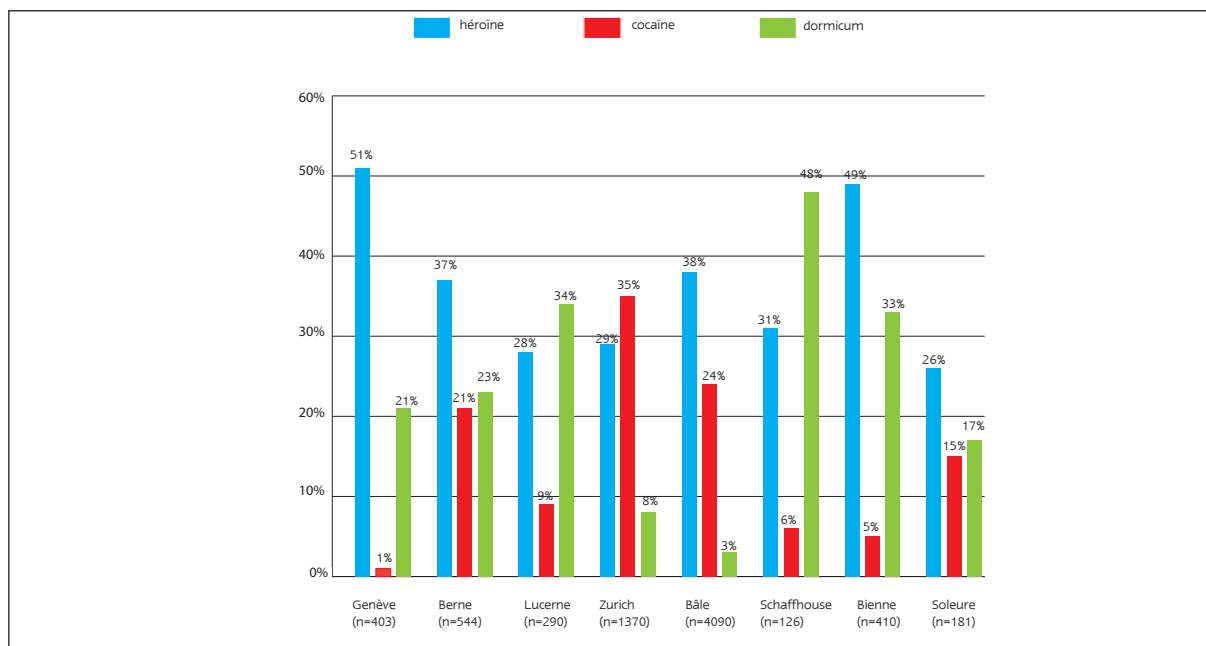
Graphique 13: Proportions en % de la consommation d'héroïne, de cocaïne et de dormicum dans les différents centres d'accueil bas seuil, seulement en polyconsommation, proportions en %



### Forme de consommation: sniff

Pour le sniff, les proportions de consommation des substances les plus fréquentes variaient également significativement, comme on peut le voir clairement dans le graphique suivant. Aussi bien pour l'héroïne, la cocaïne que le dormicum, les proportions de la consommation totale de sniff (mono et polyconsommation) variaient fortement, de même que pour la polyconsommation d'héroïne et de cocaïne.

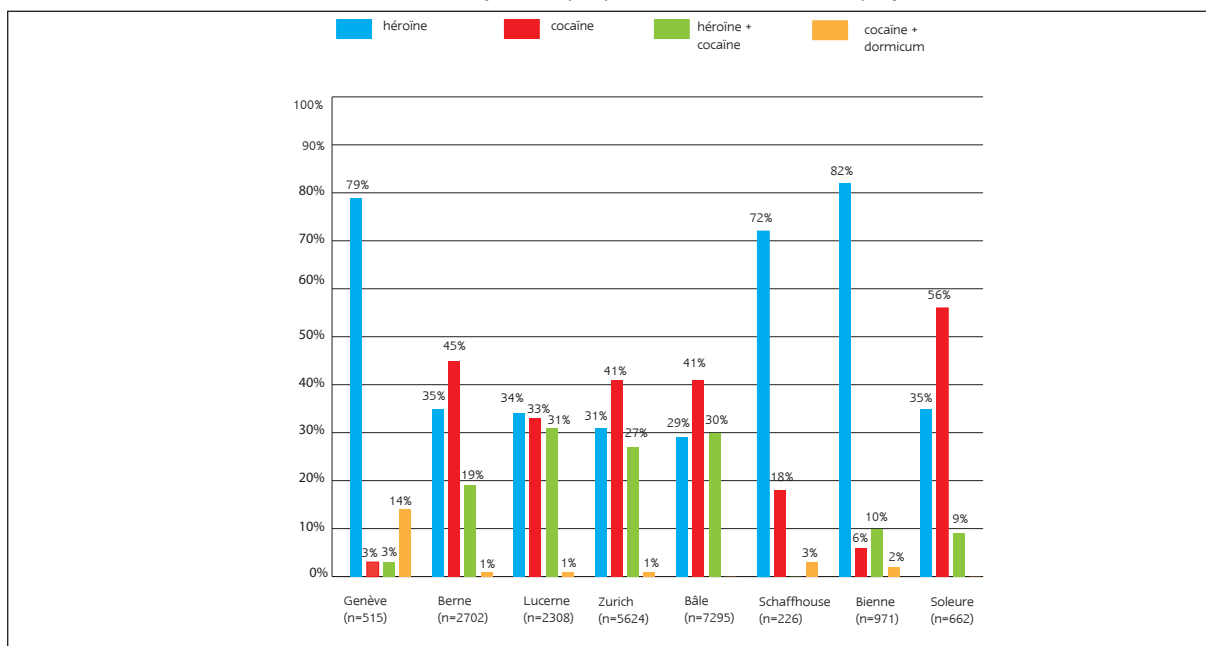
Graphique 14: Proportions de la consommation d'héroïne, de cocaïne et de dormicum dans les différents centres d'accueil bas seuil: Forme de consommation sniff, proportions en %, mono et polyconsommation



### Forme de consommation: fumée

Pour la forme de consommation en fumant les substances, il y avait surtout de grosses différences pour la consommation d'héroïne et de cocaïne. Il faut remarquer les proportions élevées d'héroïne fumée en monoconsommation dans le centre d'accueil bas seuil de Genève (79% de la consommation fumée totale), de Schaffhouse (72%) et de Bienne (82%).

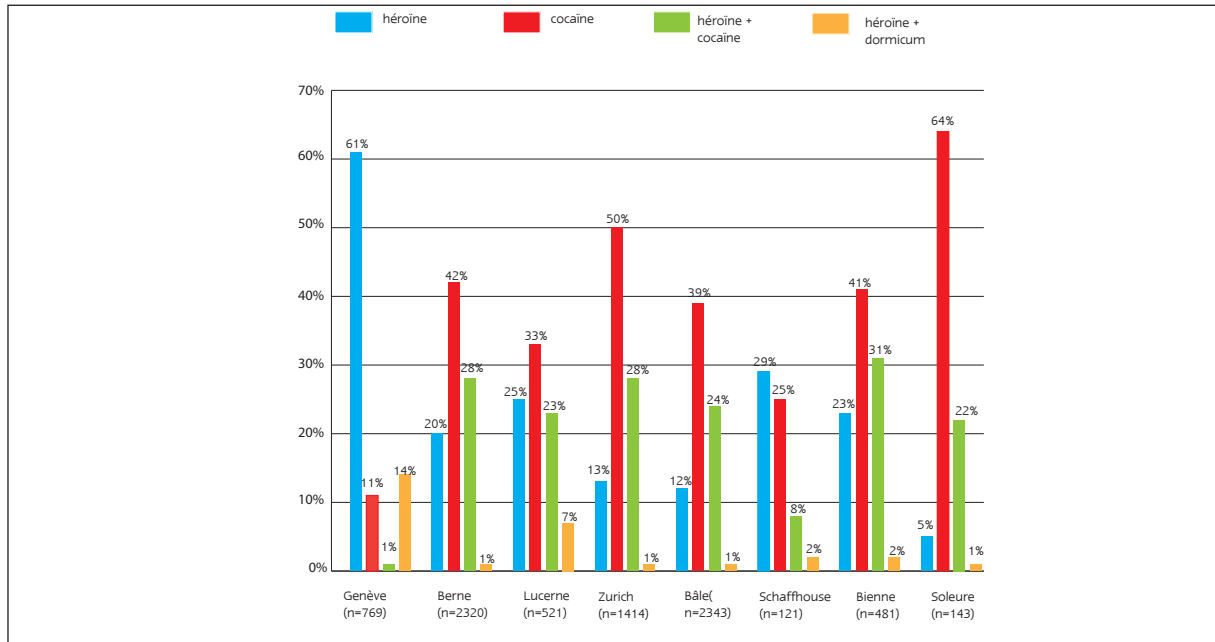
Graphique 15: Proportions de la consommation d'héroïne, de cocaïne et de dormicum dans les différents centres d'accueil bas seuil: Forme de consommation fumée, proportions en %, mono et polyconsommation



### Forme de consommation: injection

Pour la forme de consommation par injection, on distingue surtout un pourcentage élevé de monoconsommation d'héroïne dans le centre d'accueil bas seuil de Genève (61% de la consommation totale par injection) ainsi que la grande proportion de monoconsommation de cocaïne (proportion 64%) dans le centre de Soleure.

Graphique 16: Proportions de la consommation d'héroïne, de cocaïne et de dormicum dans les différents centres d'accueil bas seuil: Forme de consommation fumée, proportions en %, mono et polyconsommation



### 4.1 Généralités

Pour l'évaluation des données récoltées, il est important de relever le fait que seules les consommations déclarées par les clients des centres d'accueil bas seuil dans les salles de consommation sont prises en compte. Elles ne permettent donc pas de faire des liens directs avec la prévalence des substances parmi les clients ou selon les régions car on peut supposer que de nombreuses substances mentionnées dans ce rapport sont aussi consommées en dehors des centres d'accueil bas seuil ou sont également consommées par des personnes qui ne fréquentent pas les centres d'accueil bas seuil. Les données récoltées ne donnent donc des indications que sur une partie de la consommation des clients fréquentant des centres d'accueil bas seuil ayant participé à l'enquête.

Les résultats de la récolte de données de 2016 ont été discutés dans le cadre du groupe de travail dirigé par Infodrog et constitué des représentants des institutions participantes.<sup>4</sup> Vous trouverez une liste des personnes participant au groupe de travail dans l'annexe de ce rapport.

Lors de la discussion, la plupart des institutions ont considéré que le rapport entre le temps investi et les résultats obtenus pour le monitoring de manière plutôt négative. Le temps et les ressources nécessaires pour les quatre phases de récolte de données pour l'année 2016 étaient importants, surtout du fait que du personnel supplémentaire a dû être prévu pour la récolte de données.

En revanche, il a été souligné de manière positive pendant la discussion que grâce aux chiffres récoltés, les perceptions subjectives des collaborateurs sur le comportement de consommation dans les centres d'accueil bas seuil a pu être confirmée ou infirmée. Par ailleurs, certaines institutions voient grâce au monitoring la possibilité à long terme d'observer les tendances ou les changements du comportement de consommation dans les centres d'accueil bas seuil et d'y réagir le cas échéant. Il serait ainsi possible de confirmer la tendance présumée que la consommation de substances a lieu de moins en moins par injection et de plus en plus par inhalation ou sniff au fil des années, ce qui a une implication directe pour le travail de réduction des risques et la conception des offres des centres d'accueil bas seuil.<sup>5</sup>

### 4.2 Réflexions méthodologiques

La plupart des institutions<sup>6</sup> suppose que le fait que les clients déclarent eux-mêmes ce qu'ils consomment ait conduit à des informations faussées. Les institutions étaient en particulier étonnées par la proportion comparativement faible de médicaments sous ordonnance que les clients ont déclaré consommer. D'après les observations faites dans le quotidien professionnel, la plupart des institutions supposent que significativement plus de médicaments sous ordonnance sont consommés dans les centres d'accueil bas seuil que ce que les données du monitoring ne révèlent. Différentes hypothèses ont été soulevées pour expliquer cette incohérence:

- Certains médicaments (en particulier les benzodiazépines) ne sont pas bien acceptés parmi les clients des centres d'accueil bas seuil. Leur consommation est donc plutôt taboue et stigmatisée. Il se peut donc que les clients soient peu disposés à déclarer de telles substances. Il est donc possible que certaines substances ne soient pas déclarées en raison des attentes de la société par rapport à la réponse et viennent fausser les données.
- De nombreux clients passent beaucoup de temps dans les salles de consommation. Celles-ci sont parfois difficiles à surveiller pour le personnel (en particulier les salles où l'on fume). On suppose donc que souvent, pendant que les clients se trouvent dans les locaux de consommation, ils consomment en plus des médicaments soumis à ordonnance, sans le déclarer dans le questionnaire.
- Pour de nombreux clients, la consommation de médicaments soumis à ordonnance ne représente pas de « consommation de drogue ». La tendance à oublier cette consommation lors de la déclaration pourrait ainsi être augmentée.

4 Des représentants de toutes les institutions ont pu participer à la réunion à part les centres d'accueil bas seuil de Genève et de Schaffhouse. Les centres d'accueil bas seuil de Genève et de Schaffhouse ont eu la possibilité de s'exprimer par écrit sur le rapport.

5 Une conséquence directe serait de compléter l'offre des automates à seringue avec des ustensiles d'inhalation et de sniff ou la remise systématique de pipes d'inhalation.

6 Vous trouverez une liste des représentants des institutions participantes dans l'annexe de ce rapport.



### 4.3 Différences régionales

Dans le cadre de la discussion, différentes hypothèses ont également été soulevées par rapport aux différences régionales parfois marquées.

En raison du nombre de cas variant parfois considérablement, les données de chaque institution ne sont comparables entre elles que de manière limitée. Les différences au niveau du nombre de cas ne sont pas seulement dues à la grandeur ou à la région drainant les environs des institutions. Il y a en partie de grandes différences entre les institutions par rapport aux heures d'ouverture, au nombre de places disponibles ainsi qu'aux conditions d'admission et aux règles de séjour dans les locaux de consommation.<sup>7</sup> Tout cela peut avoir une incidence sur le nombre de cas, car selon les heures d'ouverture ou les règles d'admission, la consommation de substance illégales peut se déplacer vers des locaux plus ou moins privés ou les espaces publics.

On a également émis l'hypothèse que le marché illégal de la drogue connaissait davantage de fluctuations dans les petites que dans les grandes villes. Selon les commentaires de certaines institutions (qui se basent apparemment aussi en partie sur ceux de la police), dans les petites villes, le marché de la drogue, sur lequel les clients des centres d'accueil bas seuil achètent leurs substances, est contrôlé par un petit nombre de personnes qui se concentrent seulement sur quelques substances. Si une source d'approvisionnement n'est plus disponible ou s'il y a une pénurie (p.ex. à la suite de répression policière), l'offre d'une substance en particulier se fait plus rare, ce qui pousse peut-être les consommateurs de drogue à se rabattre sur d'autres substances plus faciles à acheter. Si cette supposition est correcte, cela limite encore plus la possibilité de comparer les données des petites villes avec celles qui disposent d'une situation de marché plus stable.

En ce qui concerne les différences importantes au niveau régional, la thèse a été discutée que les traitements basés sur la substitution et sur la prescription d'héroïne pourraient avoir une influence sur la quantité d'héroïne consommée achetée sur le marché illégal. Genève, par exemple, dispose, dans son centre d'accueil bas seuil où l'héroïne est la substance la plus consommée, d'une couverture très faible en traitements basés sur la prescription d'héroïne par rapport à la grandeur de la région. Ce manque en traitements pourrait conduire les consommateurs d'héroïne à acheter de plus en plus d'héroïne eux-mêmes, qu'ils consomment ensuite dans les centres d'accueil bas seuil.

### 4.4 Perspectives

Toutes les institutions participantes aimeraient continuer à participer au «Monitoring de la consommation de substances dans les centres d'accueil bas seuil» au moins jusqu'à la fin de la phase pilote en décembre 2017. La plupart des institutions se montrent par contre en ce moment plutôt critiques ou même opposées à continuer le monitoring au-delà de cette date, surtout en raison du manque de ressources.

A moyen terme, il serait intéressant de contrôler si l'intervalle du monitoring pourrait éventuellement être augmenté (tous les deux ou trois ans) pour que d'un côté les institutions puissent économiser des ressources et de l'autre pouvoir tout de même récolter des données permettant d'observer le comportement de consommation dans les centres d'accueil bas seuil sur le long terme.

7 Vous trouverez dans l'annexe un aperçu des différents horaires d'ouverture.

### 5.1 Heures d'ouverture des locaux de consommation

Institution	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<b>Centre d'accueil bas seuil de Bâle (2 sites)</b>	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	13:00-21:00 <sup>8</sup>
<b>Centre d'accueil bas seuil de Berne</b>	14:00-19:30 19:30-22:45 <sup>9</sup>	14:15-22:00	14:15-22:00	14:15-22:00	14:15-22:00	14:15-22:00	16:00-20:00
<b>Centre d'accueil bas seuil de Bienne</b>	12:15-19:30	12:15-19:30	12:15-20:15 <sup>10</sup>	12:15-19:30	12:15-19:30	12:00-18:00	
<b>Centre d'accueil bas seuil de Genève</b>	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00
<b>Centre d'accueil bas seuil de Lucerne</b>	09:30-17:00	09:30-17:00	09:30-17:00	9:30-17:00	9:30-17:00	10:00-17:00	10:00-17:00
<b>Centre d'accueil bas seuil de Schaffhouse</b>	11:00-17:30	11:00-17:30	11:00-17:30	11:00-17:30	11:00-17:30	12:00-16:30	12:00-16:30
<b>Centre d'accueil bas seuil de Soleure<sup>11</sup></b>	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30
<b>Centre d'accueil bas seuil de Zurich Selnau</b>	13:15-20:30	13:15-20:30	07:30-14:45	07:30-14:45	07:30-14:45	07:30-14:45	13:15-20:30
<b>Centre d'accueil bas seuil de Zurich Oerlikon</b>	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00
<b>K+A Zürich Brunau</b>	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00
<b>K+A Zürich Kaserne</b>	07:30-14:45	07:30-14:45	13:15-20:30	13:15-20:30	13:15-20:30	13:15-20:30	07:30-14:45

### 5.2 Représentant-e-s des centres ayant participé au groupe de travail

Saskia Leu-Hausmann, assistante de direction centre d'accueil bas seuil de Bâle  
 Sigal Elkayam, adjoint de direction, centre d'accueil bas seuil de Berne  
 Marc Hämmerli, directeur, centre d'accueil bas seuil de Bienne  
 Franziska Reist, directrice, GasseChuchi-centre d'accueil bas seuil de Lucerne  
 Sibylla Motschi, responsable du secteur centre d'accueil bas seuil de Soleure  
 Andreas Bänniger, responsable d'équipe centre d'accueil bas seuil de Zurich-Oerlikon

<sup>8</sup> un seul site ouvert (en alternance)

<sup>9</sup> Seulement ouvert aux femmes

<sup>10</sup> Entre 18:15 et 20:15 seulement ouvert aux femmes

<sup>11</sup> Ouvert de 19:30 à 21:00 en alternance toutes les deux semaines seulement pour les hommes ou les femmes



**info**  
coordination intervention suisse  
**drog**