

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

ANALYSE DU SYSTÈME NATIONAL DE
SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION
DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES ET
DES CONSÉQUENCES QUI EN
RÉSULTENT

Sophie Arnaud, Frank Zobel

Mandatée par l'Office fédéral de la
santé publique (OFSP)

Septembre 2004

Mention d'impression

Numéro de contrat 03.000507/ 559000557
Durée de l'étude Mai 2003 – Januar 2004
Direction Madame Marlène Läubli-Loud
Projet d'évaluation de l'OFSP Centre de compétences en évaluation, OFSP
Référence Centre de compétences en évaluation (CCE)
evaluation@bag.admin.ch
Traduction Du français en allemand par
Barbara Horber, Transit TXT AG, Freiburg

Citation suggérée :
Arnaud S, Zobel F. Analyse du système national de surveillance de la consommation de substances psychotropes et des conséquences qui en résultent. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	5
Zusammenfassung	12
1 Introduction	19
2 Problématique générale, méthode et questions de recherche/évaluation	21
2.1 Problématique générale	21
2.2 Méthode	21
2.3 Questions de recherche/d'évaluation	22
3 Brève introduction à la consommation de substances psychotropes et à ses conséquences	23
3.1 Les substances	23
3.2 Les consommateurs	23
3.3 Le temps	24
3.4 Les modes d'administration	24
3.5 <i>Patterns</i> de consommation	25
3.6 Les conséquences	25
3.7 Les traitements	26
3.8 Modèles épidémiologiques	26
4 Brève introduction à la surveillance en santé publique	28
4.1 Origines	28
4.2 La surveillance des comportements en matière de santé	28
4.3 Définitions	28
4.4 Buts	29
4.5 Sources d'informations et instruments de collecte de données	29
4.6 Aspects organisationnels	30
5 Cadre d'analyse	31
5.1 Critère d'analyse 1 : pertinence du système	31
5.2 Critère d'analyse 2 : conception du système	32
5.3 Critère d'analyse 3 : attributs du système	33
5.4 Critère d'analyse 4 : l'utilité du système	34
6 Description de la surveillance de la consommation de psychotropes et de ses conséquences en Suisse	36
6.1 Instruments	36
6.2 Les enquêtes générales sur les comportements en matière de santé	37
6.3 Les enquêtes spécifiques sur les comportements en matière de santé	43
6.4 Synthèse des enquêtes générales et spécifiques sur les comportements en matière de santé	48
6.5 Les enquêtes/ statistiques sur les comportements au sein de populations spécifiques	51
6.6 Les statistiques de morbidité et de mortalité	56
6.7 Synthèse des enquêtes/statistiques sur les comportements au sein de populations spécifiques et des statistiques de morbidité/mortalité	57
6.8 Autres instruments	60
6.9 Instruments à venir	60
6.10 Organisation	61
6.11 Synthèse description de la surveillance en Suisse	62
7 Analyse du contenu actuel de la surveillance	68
7.1 Critère 1 : Pertinence du système	68
7.2 Critère 2 : conception du système	69

7.3	Critère 3 : attributs du système	72
7.4	Critère 4 : utilité du système	76
7.5	Synthèse	77
8	Pistes pour l'amélioration du système de surveillance actuel	79
8.1	Développer un véritable système	79
8.2	Choix des instruments	80
8.3	Mise en commun et analyse des données	82
8.4	Diffusion des résultats	82
8.5	Utilisation des résultats	82
	Annexe 1 : liste des abréviations	83
9	Annexe 2 : Les principaux outils de surveillance	85
9.1	Les enquêtes transversales sur la santé en général	85
9.2	Les enquêtes transversales sur des sujets spécifiques	95
9.3	Les enquêtes sur des sujets spécifiques en population spécifique	103
9.4	Les statistiques de traitement	106
10	Annexe 3 : Tableaux concernant la surveillance de la consommation de psychotropes en Suisse	115
10.1	Les instruments de surveillance	115
10.2	Couverture générale	116
10.3	Substances	117
10.4	<i>Patterns</i> de consommation	120
10.5	Conséquences	123
10.6	Organisation	123
	Références bibliographiques	124

RESUME

Abrégé

La surveillance en santé publique a pour objectif d'observer l'évolution des comportements en matière de santé au sein d'une population ainsi que les conséquences qui en résultent. L'étude présentée ici s'intéresse au système de surveillance qui porte sur la consommation de substances psychotropes (tabac, alcool, drogues illégales, médicaments) en Suisse. Son objectif est de mettre à jour les caractéristiques du système existant et de formuler des recommandations pour son amélioration. A cette fin, un inventaire et une analyse des différents instruments pouvant servir à la surveillance ont été mis en oeuvre. Ce travail montre que la Suisse dispose de très nombreux instruments (enquêtes, statistiques) utiles à la surveillance, que ceux-ci sont généralement de bonne qualité et qu'ils couvrent les principales populations, ainsi que les principaux comportements et les principales conséquences sanitaires, concernées. Toutefois, il apparaît aussi que cette surveillance n'a pas réellement la forme d'un système et qu'il s'agit avant tout d'une addition de nombreux instruments peu harmonisés et dont les résultats sont rarement exploités conjointement. L'utilité de la surveillance est ainsi limitée. Pour améliorer cette situation, différentes pistes sont suggérées : développer un véritable système (clarification de l'objet et des objectifs pour l'ensemble des instruments), clarifier les critères de choix des instruments et favoriser leur harmonisation/standardisation, procéder à la réunion et à l'analyse conjointe des données, valoriser et utiliser les résultats de la surveillance de manière plus systématique. Finalement, en termes organisationnels, il est suggéré de confier ce travail à un observatoire national sur les drogues et les dépendances comme il en existe de plus en plus en Europe.

Mots-clés

Surveillance ; système national ; substances psychotropes ; drogues ; Office fédéral de la santé publique.

1 Introduction

La surveillance épidémiologique constitue un élément central pour la planification en santé publique. Elle est particulièrement utilisée pour les maladies transmissibles qui nécessitent une observation continue de leur diffusion pour la prévention des épidémies. Toutefois, la surveillance a aussi fait l'objet d'applications dans le domaine des maladies non-transmissibles. L'observation de la diffusion de ces maladies s'est aussi doublée d'une surveillance des comportements en matière de santé (*health behaviour*) qui sont à leur origine. C'est ainsi que les pratiques alimentaires, l'exercice physique ou la consommation de substances psychotropes^a sont devenus les objets de systèmes de surveillance.

Le rapide développement des instruments d'information (enquêtes de santé, statistiques médicales) ces vingt dernières années a mené à une amélioration de la surveillance. Toutefois, la multiplication de ces instruments a aussi conduit à des questionnements concernant leur utilisation et utilité conjointe.

2 Problématique

Les instruments utiles à la surveillance de la consommation de substances psychotropes ont généralement été développés dans le cadre de deux logiques :

- la première est **une logique individuelle de recherche, de surveillance ou d'évaluation scientifique** et correspond au fait que chaque instrument ou presque constitue un arrangement méthodologique et organisationnel particulier pour répondre à des questionnements spécifiques ;
- la seconde est **une logique globale de surveillance et de *policy making*** et elle se retrouve dans le fait que la totalité de ces instruments doit permettre d'obtenir une vision synthétique et complète de la situation en matière de consommations de substances psychotropes et de ces conséquences en Suisse.

D'où la problématique suivante : **les différents instruments conçus dans une logique individuelle contribuent-ils au mieux à la surveillance globale nécessaire au pilotage des politiques de santé dans le domaine de la consommation de substances psychotropes ?** L'étude présentée ici a pour objectif d'investiguer cette problématique et de trouver des pistes pour l'amélioration du système de surveillance existant.

3 Questions de recherche/évaluation

- Quelle est l'organisation et le contenu des différents instruments utilisables pour la surveillance de la consommation et des problèmes liés aux psychotropes en Suisse ?
- Comment s'articulent entre eux ces différents instruments aux plans méthodologique et organisationnel ?
- Quels sont les éléments manquants et quels sont ceux qui paraissent peu utiles en matière de surveillance ?

^a Substances qui modifient le psychisme en agissant sur le système nerveux central : tabac, alcool, cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, médicaments (p.ex : antidépresseurs, anxiolytiques), etc.

- Quelles améliorations peuvent être suggérées à l'OFSP pour optimiser ce système de surveillance ?

4 Méthode

- Construction d'un cadre d'analyse pour les systèmes de surveillance.
- Inventaire des instruments et indicateurs existants en Suisse et des arrangements organisationnels qui les concernent (responsabilités de la conception, de la saisie et des analyses, financement).
- Analyse de la surveillance actuelle sur la base du cadre développé au premier point.
- Propositions pour l'harmonisation et l'optimisation du système de surveillance.

5 Cadre d'analyse

L'analyse de la surveillance, prise en terme de système, peut se réaliser à partir de quatre critères issus de la littérature scientifique :

- Pertinence du système (importance du problème de santé publique)
- Conception du système (définition de l'objet, de la population, des objectifs et du fonctionnement de la surveillance) ;
- Attributs du système (état complet, précision, représentativité et adéquation temporelle des données obtenues) ;
- Utilité du système (capacité à identifier la situation et les changements).

6 Résultats

6.1 Inventaire des instruments de la surveillance en Suisse

La Suisse dispose depuis 1992 de deux instruments de base nécessaires à la surveillance des comportements en matière de consommation de psychotropes. L'ESS^a et HBSC^b couvrent en effet la population suisse âgée de 11 à 74 ans et permettent d'identifier les caractéristiques générales de l'évolution de cette consommation. Ces modules de base ont ensuite été complétés par une enquête portant sur la santé des adolescents et jeunes adultes (SMASH^c), par des enquêtes ponctuelles sur la consommation de médicaments, d'alcool ou de cannabis dans la population générale et, plus récemment, par deux enquêtes portant respectivement sur la consommation des psychotropes chez les adolescents (ESPAD^d) et sur celle du tabac (monitoring tabac^e) dans la population générale.

Les problèmes particuliers rencontrés dans le domaine de la consommation de drogue par injection et du VIH/Sida ont aussi conduit à un développement parallèle. Dès la fin des années

^a Enquête suisse sur la santé (ESS) : menée à trois reprises (92, 97 et 02).

^b *Health behaviour in school-aged children (HBSC)* : menée à cinq reprises (86, 90, 94, 98, 02).

^c *Swiss multicentric adolescent health survey on health (SMASH)* : menée à deux reprises (92, 02).

^d *European School Survey Projekt on Alcohol and Other Drugs* : mené à une reprise (03) en Suisse.

^e Monitoring national sur la consommation de tabac : réalisé par vague successives depuis 2001.

80, deux enquêtes, en population générale^a et chez les usagers des structures à bas seuil d'accessibilité distribuant des seringues^b, ont été menées dans le cadre de l'évaluation de la prévention du SIDA pour mieux documenter les prises de risque liées à l'injection de drogue et aux rapports sexuels non protégés. En outre, dès le milieu des années 90, diverses statistiques de traitement (Fos^c, HeGeBe^d, méthadone^e) ont été développées ou remaniées pour permettre des analyses en termes de prises de risque et de morbidité, mais aussi de prise en charge médicale et sociale chez les consommateurs de drogues illégales. Ces statistiques font actuellement l'objet, avec des statistiques de traitement de l'alcoolisme (SAMBAD^f, SAKRAM-CIRSA^g), d'une intégration dans le projet Act-Info^h.

Les statistiques médicales et policières qui permettent d'inventorier la morbidité (maladies, blessures) et la mortalité dans la population suisse ont aussi connu des développements. Ainsi, la "statistique des établissements de santé" et les registres cantonaux des tumeurs sont actuellement en développement et promettent un niveau de couverture de plus en plus élevé à l'avenir. A l'inverse, la statistique sur le VIH/Sida ou la statistique des décès affichent d'ores et déjà un taux de couverture optimal.

6.2 Inventaire des indicateurs

▪ Populations

Les différentes enquêtes sur les comportements, qu'elles ciblent les comportements généraux en matière de santé ou spécifiquement la consommation de psychotropes, offrent une bonne couverture générale. On peut toutefois relever une sur-couverture de 15-16 ans. Quant aux populations non atteintes par ces enquêtes, une partie d'entre elles est rejointe par les enquêtes ou statistiques en milieu spécifique (bas-seuil, traitement). Diverses autres enquêtes ponctuelles concernant différentes substances ajoutent encore des données supplémentaires sur des classes d'âge déjà couvertes. Finalement, les données récoltées de manière routinière, plutôt relatives aux conséquences, reflètent la situation sur la majeure partie du territoire.

▪ Substances

Les principales substances et familles de substances en circulation sont identifiées dans les instruments existants et ce de manière relativement homogène en ce qui concerne le tabac, l'alcool, l'héroïne et la cocaïne. Une plus grande variabilité apparaît en ce qui concerne les

^a Evaluation de la prévention du Sida en Suisse (EPSS) : annuelle de 1987 à 1992 et à trois reprises par la suite (94, 97, 00).

^b Enquête nationale auprès des usagers des centres à bas-seuil d'accessibilité distribuant des seringues (SBS) : réalisée à quatre reprises (93, 94, 96, 00).

^c Statistique de la Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS) : depuis 1995.

^d Suivi des traitements de prescription médicale d'héroïne (HeGeBe) depuis l'introduction de cette forme de traitement en 1994, d'abord sous la forme d'une étude (PROVE) puis sous la forme d'un monitoring.

^e Statistique nationale des traitements à la méthadone, systématique depuis 1999.

^f Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue (SAMBAD) : depuis 1995.

^g Statistique nationale des traitements résidentiels de l'alcoolodépendance : depuis 1984.

^h Statistique unifiée sur la prise en charge des dépendances : dès 2004.

stimulants et les hallucinogènes. Le nombre de substances ou classes de substances énumérées est aussi sujet à variation. ESPAD possède la liste la plus longue. Finalement, les périodes de référence utilisées pour identifier la prévalence de la consommation sont la vie, l'année et la période actuelle (mois, semaine).

- *Patterns*^a de consommation

Les différentes enquêtes sur les comportements permettent d'identifier des *patterns* généraux de consommation, souvent en lien avec une substance spécifique. Pour certaines substances, et l'alcool en particulier, des *patterns* spécifiques de consommation sont identifiés (*binge drinking*^b, état d'ébriété). De même, le mode spécifique d'administration que représente l'injection de substances figure dans quelques enquêtes. Il faut encore relever que dans le cas des fréquences de consommation, les périodes de référence utilisées souffrent d'une grande variabilité.

- Conséquences

Les outils à disposition permettent l'identification de différents types de conséquences. Les conséquences rapportées par la population au travers des enquêtes sont généralement des conséquences de type immédiat, liées spécifiquement à la consommation de psychotropes. En revanche, les conséquences consignées par des tiers dans d'autres outils sont soit spécifiquement liées à la consommation de psychotropes (accidents de la route, overdoses, etc.), soit non spécifiquement liées (cancers, cardiopathies, etc.).

6.3 Analyse

- Pertinence

La consommation de psychotropes constitue la principale cause de morbidité et de mortalité qui peut être prévenue en Suisse. Dès lors, la mise en place d'un système de surveillance est appropriée.

- Conception

L'utilisation du second critère d'analyse fait apparaître différentes lacunes : l'absence de définitions claires de l'objet, des populations et des objectifs de la surveillance, renvoie à des questionnements sur l'utilité de certains instruments et de certaines analyses de surveillance. Ces définitions sont en effet nécessaires pour faire des choix raisonnés, fixer des priorités et développer un mode de fonctionnement adéquat. Poser ces définitions au niveau de la consommation de psychotropes, plutôt que de substances individuelles, permet aussi de favoriser l'énoncé de questionnements transversaux et de développer des instruments plus synergiques. Ces commentaires renvoient à un constat : il existe bel et bien de la surveillance de la consommation de psychotropes en Suisse mais celle-ci n'a pas été conçue comme un système.

^a Ce terme se réfère à la manière dont les substances psychotropes sont consommées. La meilleure traduction française serait : "comportement de consommation". Toutefois, le terme anglais *Pattern* est plus précis parce qu'il renvoie déjà aux notions de fréquences et modèles de consommation.

^b Consommation excessive épisodique : généralement quatre (femmes) ou cinq (hommes) verres d'alcool lors d'un même épisode de consommation.

- Attributs

La mise en œuvre de la surveillance de la consommation de psychotropes et de ses conséquences en Suisse affiche d'assez bons résultats pour l'ensemble des sous-critères d'analyse retenus. Ainsi, la couverture générale de la population et des sous-populations, ainsi que des différents comportements et des conséquences est élevée, la qualité et la diversité des indicateurs est bonne, la représentativité des données est, pour les comportements, globalement assurée et la rapidité du système, analysée à partir du CD-Rom produit par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), est louable. Ces constats ne doivent toutefois pas masquer un certain nombre de lacunes et de pistes d'améliorations qu'il faut prendre en compte. Celles-ci concernent principalement le manque d'analyses multivariées, qui permettraient de mieux exploiter les données existantes et de ne pas se limiter aux seules données de prévalence de la consommation prises substance par substance, la standardisation limitée des indicateurs et variables utilisés (fréquences, volumes, période de référence, classification des substances, etc.) et la couverture limitée de certaines statistiques.

- Utilité

Les données produites par les différents instruments de surveillance ont été utiles pour identifier la diffusion de certains comportements et de certaines conséquences, et pour la compréhension de différentes caractéristiques de la consommation de psychotropes en Suisse. Toutefois, cette qualité peut encore être renforcée, notamment par de nouvelles analyses, éventuellement combinées, des données disponibles pour la compréhension générale de la situation et de l'évolution en matière de consommation de psychotropes et de ses conséquences.

7 Pistes d'amélioration

- Développer un véritable système

Ici, il faudrait développer un plan directeur général pour la surveillance de la consommation de psychotropes et ses conséquences qui définit l'objet (substances, comportements, conséquences, populations) et les objectifs de la surveillance. La mise en œuvre de ce plan devrait être confiée à un observatoire spécifique chargé d'optimiser l'utilité conjointe des instruments et données (standardisation, analyses combinées, etc.).

- Choisir des instruments de surveillance

Il s'agit d'identifier les instruments de base de la surveillance qui existent déjà (ESS, HBSC, statistiques de traitement, de mortalité et de morbidité) et d'assurer leur amélioration et leur exploitation. Cet ensemble de données de surveillance permet de couvrir la surveillance comportementale et une partie des conséquences de la consommation de psychotropes dans la population suisse et de mener les analyses générales concernant leur évolution.

Le choix des instruments complémentaires doit servir à identifier des comportements et des conséquences qui ne peuvent être observées à l'aide des instruments de base. Cela signifie qu'il faut d'abord s'assurer que l'information voulue ne peut déjà être obtenue. Dans tous les cas, il importe d'articuler ces instruments complémentaires sur les données de base. Les indicateurs et variables utilisées, en particulier, doivent permettre de lier les nouveaux instruments avec ceux de base. Cette standardisation est l'une des principales améliorations qui peut être faite dans une optique de surveillance. Il importe aussi d'évaluer la plus-value offerte par les instruments complémentaires. Trop souvent ceux-ci fournissent des informations identiques (prévalence de

la consommation de chacune des substances) à celles qui peuvent être obtenues dans les données de base. Il faut au contraire qu'elles permettent de mieux comprendre ces comportements ou d'identifier les pratiques des groupes à risque et leurs conséquences.

- Mettre en commun et analyser les données de surveillance

Les données de base spécifiées doivent être systématiquement mises en commun et analysées de concert pour estimer les principales évolutions en matière de consommation de psychotropes en Suisse. Un plan général d'analyse, comprenant les principales questions portant sur la prévalence des comportements dans la population doit être élaboré à cet effet. Quant aux données complémentaires, elles doivent faire l'objet d'une appropriation en termes de surveillance. Il s'agit là de les articuler avec les données de base pour fournir un éclairage complémentaire sur des dimensions jusqu'ici peu connues.

- Valoriser les résultats de la surveillance

Un rapport national régulier, mais dont la fréquence de production n'a pas besoin d'être annuelle, sur la situation en matière de consommation de psychotropes pourrait être réalisé. Il pourrait s'appuyer sur le travail déjà fait par l'ISPA dans ce domaine mais devrait prendre en compte toutes les données disponibles.

- Utiliser les résultats de la surveillance

La planification et l'évaluation des interventions en santé publique devraient systématiquement s'appuyer sur les données du rapport national sur la consommation de psychotropes et recourir aux compétences de l'Observatoire.

ZUSAMMENFASSUNG

Abstract

Die Überwachung im Bereich der öffentlichen Gesundheit dient dazu, die Entwicklung des Gesundheitsverhaltens bei einer Bevölkerungsgruppe sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu beobachten. Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit dem System zur Überwachung des Konsums psychotroper Substanzen (Tabak, Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) in der Schweiz. Ihr Ziel ist es, die Kenntnisse über die Merkmale des bestehenden Systems auf den neuesten Stand zu bringen und Verbesserungsvorschläge zu formulieren. Zu diesem Zweck wurden eine Bestandaufnahme und eine Untersuchung der verschiedenen für die Überwachung geeigneten Instrumente durchgeführt. Die Studie zeigt, dass die Schweiz über zahlreiche Instrumente (Umfragen, Statistiken) verfügt, die für Überwachungszwecke geeignet und in der Regel von guter Qualität sind und zudem die hauptsächlich betroffenen Bevölkerungsgruppen sowie die wichtigsten Verhaltensweisen und gesundheitlichen Folgen abdecken. Es erweist sich jedoch auch, dass diese Überwachung nicht wirklich die Form eines Systems aufweist, sondern dass es sich dabei vor allem um eine Ansammlung zahlreicher, wenig aufeinander abgestimmter Instrumente handelt, deren Ergebnisse nur selten zusammen ausgewertet werden. Der Nutzen der Überwachung ist daher begrenzt. Die Autoren schlagen zur Verbesserung dieser Situation verschiedene Ansätze vor: Die Entwicklung eines richtigen Systems (Klärung des Gegenstands und der Zielsetzung für sämtliche Instrumente), die Klärung der Auswahlkriterien für die Instrumente und die Förderung der Vereinheitlichung/ Standardisierung, das Zusammenlegen und die gemeinsame Analyse der Daten sowie eine systematischere Verwertung und Nutzung der Ergebnisse aus der Überwachung. Auf organisatorischer Ebene schlagen die Autoren schliesslich vor, die Arbeit einer nationalen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, von denen es in Europa immer mehr gibt, zu übergeben.

Schlüsselwörter

Überwachung; nationales System; psychotrope Substanzen; Drogen; Bundesamt für Gesundheit.

1 Einführung

Die epidemiologische Überwachung ist ein wesentlicher Bestandteil für die Planung im Gesundheitswesen. Sie wird besonders im Bereich der Infektionskrankheiten eingesetzt, deren Verbreitung zur Verhütung von Epidemien ständig beobachtet wird. Die Überwachung kommt jedoch auch im Bereich der nicht übertragbaren Krankheiten zur Anwendung. Zusätzlich zur Beobachtung der Verbreitung dieser Krankheiten wird auch das ihnen zugrundeliegende Gesundheitsverhalten (*Health Behaviour*) überwacht. So wurden auch die Ernährung und die körperliche Bewegung sowie der Konsum psychotroper Substanzen^a in die Überwachung miteinbezogen.

Mit der raschen Entwicklung von Informationsinstrumenten (Gesundheitsbefragungen, medizinische Statistiken) in den letzten zwanzig Jahren konnte die Überwachung verbessert werden. Die zunehmende Zahl dieser Instrumente rief jedoch auch Fragen bezüglich ihrer gemeinsamen Verwendung und ihrem gemeinsamen Nutzen hervor.

2 Problematik

Die für die Überwachung des Konsums psychotroper Substanzen geeigneten Instrumente wurden grundsätzlich im Rahmen zweier Ansätze entwickelt:

- Der erste ist ein **Ansatz der individuellen Forschung, Überwachung oder wissenschaftlichen Evaluation** und beruht auf der Tatsache, dass beinahe jedes Instrument eine besondere methodologische und organisatorische Anordnung zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen darstellt.
- Der zweite ist ein **Ansatz der allgemeinen Überwachung und Policy Making**, der dahingehend zum Ausdruck kommt, dass die gesamte Palette der Instrumente ein umfassendes und vollständiges Bild über die Situation im Bereich des Konsums psychotroper Substanzen und deren Folgen in der Schweiz liefern soll.

Daraus ergibt sich folgende Problematik: **Tragen die verschiedenen, individuell konzipierten Instrumente optimal zu einer globalen Überwachung bei, die für die Steuerung der Gesundheitspolitik im Bereich des Konsums psychotroper Substanzen notwendig ist? Die hier vorliegende Studie untersucht diese Problematik und schlägt Ansätze zur Verbesserung des bestehenden Überwachungssystems vor.**

3 Fragestellungen

- Welchen Inhalt haben die verschiedenen Instrumente für die Überwachung des Konsums psychotroper Substanzen und der damit verbundenen Probleme in der Schweiz und wie sind sie organisiert?
- Wie bauen die verschiedenen Instrumente auf der methodologischen und organisatorischen Ebene darauf auf?
- Was fehlt und was erscheint für Überwachungszwecke wenig sinnvoll?

^a Substanzen, die auf das zentrale Nervensystem einwirken und dadurch die Psyche verändern: Tabak, Alkohol, Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene, Medikamente (z.B.: Antidepressiva und Anxiolytika usw.).

- Welche Verbesserungen können dem BAG zur Optimierung dieses Überwachungssystems vorgeschlagen werden?

4 Methode

- Entwicklung eines Analyserasters für die Überwachungssysteme.
- Bestandesaufnahme der in der Schweiz vorhandenen Instrumente und Indikatoren und der diesbezüglichen organisatorischen Vereinbarungen (Verantwortung für Konzeption, Datenerfassung und Analysen, Finanzierung).
- Untersuchung der derzeitigen Überwachung auf der Grundlage des im ersten Punkt entwickelten Analyserasters.
- Vorschläge für die Vereinheitlichung und Optimierung des Überwachungssystems.

5 Analyseraster

Die Analyse der als System konzipierten Überwachung geschieht auf der Grundlage von vier Kriterien aus der wissenschaftlichen Literatur:

- Zweckmässigkeit des Systems (Ausmass der Gesundheitsproblematik);
- Konzeption des Systems (Definition des Gegenstands, der Bevölkerung, der Ziele und der Funktionsweise der Überwachung);
- Merkmale des Systems (Vollständigkeit, Genauigkeit, Repräsentativität und zeitliche Angemessenheit der gewonnenen Daten);
- Nutzen des Systems (Fähigkeit, die Situation und die Veränderungen zu erfassen).

6 Ergebnisse

6.1 Bestandesaufnahme der Überwachungsinstrumente in der Schweiz

Die Schweiz verfügt seit 1992 über zwei Basisinstrumente zur Überwachung der Verhaltensweisen in Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen. Die SGB^a und HBSC^b decken die Schweizer Bevölkerung im Alter von 11 bis 74 Jahren ab und ermöglichen so die Erfassung der allgemeinen Merkmale der Entwicklung dieses Konsums. Diese Basismodule wurden später ergänzt mit einer Studie über die Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (SMASH^c), mit Einzelerhebungen zum Konsum von Medikamenten, Alkohol oder Cannabis bei der Allgemeinbevölkerung und in jüngster Zeit mit zwei Umfragen, die eine zum Konsum psychotroper Substanzen bei Jugendlichen (ESPAD^d) und die andere zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring^e) bei der Allgemeinbevölkerung.

^a Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB): dreimal durchgeführt (1992, 1997 und 2002).

^b *Health behaviour in school-aged children (HBSC)*: fünfmal durchgeführt (1986, 1990, 1994, 1998, 2002).

^c *Swiss multicentric adolescent health survey on health (SMASH)*: zweimal durchgeführt (1992, 2002).

^d *European School Survey Projekt on Alcohol and Other Drugs*: einmal in der Schweiz durchgeführt (2003).

^e Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum: in Erhebungswellen seit 2001 durchgeführt.

Die besondere Problematik im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum durch Injektion und HIV/Aids löste eine parallele Entwicklung aus. Seit dem Ende der 1980er Jahre wurden im Rahmen der Evaluation der AIDS-Prävention zwei Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung^a und bei den BenutzerInnen niederschwelliger Einrichtungen, die Spritzen abgeben (NSE^b), durchgeführt, um die Risiken der Drogeninjektion sowie ungeschützter Sexualkontakte besser dokumentieren zu können. Zudem wurden seit Mitte der 90er Jahre verschiedene Behandlungsstatistiken (FOS^c, HeGeBe^d, Methadon^e) entwickelt oder überarbeitet, um Untersuchungen zum Risikoverhalten und zur Morbidität, aber auch bezüglich der medizinischen und sozialen Betreuung von KonsumentInnen illegaler Drogen zu ermöglichen. Diese Statistiken werden gegenwärtig zusammen mit den Statistiken zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit (SAMBAD^f, SAKRAM-CIRSA^g) in das Projekt Act-Info^h integriert.

Die medizinischen und polizeilichen Statistiken, mit deren Hilfe die Morbidität (Krankheiten, Verletzungen) und Mortalität in der Schweizer Bevölkerung erfasst werden können, wurden ebenfalls weiterentwickelt. So werden gegenwärtig die "Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens" und die kantonalen Krebsregister ausgeweitet und versprechen künftig einen immer höheren Abdeckungsgrad. Anders sieht es bei der Statistik zu HIV/Aids und der Statistik der Todesfälle aus: Sie weisen bereits heute einen optimalen Abdeckungsgrad auf.

6.2 Indikatoreninventar

▪ Bevölkerungsgruppen

Die verschiedenen Erhebungen zu den Verhaltensweisen – sowohl solche, die auf das allgemeine Gesundheitsverhalten ausgerichtet sind, wie auch jene, die sich gezielt mit dem Konsum psychotroper Substanzen befassen – weisen im Allgemeinen eine gute Abdeckung auf. Bei Jugendlichen im Alter von 15-16 Jahren ist jedoch eine gewisse "Überdeckung" festzustellen. Bevölkerungsgruppen, welche mit diesen Erhebungen nicht erreicht werden, können teilweise durch Umfragen oder Statistiken in einem speziellen Umfeld (niederschwellige Einrichtungen, Behandlung) erfasst werden. Ausserdem werden durch weitere Einzelerhebungen zu verschiedenen Substanzen zusätzliche Angaben über bereits abgedeckte Altersklassen gewonnen. Routinemässig gesammelte Daten, die sich eher mit den Folgen beschäftigen, spiegeln schliesslich die Situation in einem grossen Teil der Schweiz wieder.

^a Befragung zur Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz: jährlich von 1987 bis 1992, danach dreimal durchgeführt (1994, 1997, 2000).

^b Umfrage bei den BenutzerInnen niederschwelliger Einrichtungen (NSE): viermal durchgeführt (1993, 1994, 1996, 2000).

^c Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS): seit 1995.

^d Beobachtung der Heroingestützten Behandlung (HeGeBe) seit der Einführung dieser Behandlungsform im Jahr 1994, zuerst als Studie (PROVE), dann als Monitoring.

^e Nationale Methadonstatistik, systematisch seit 1999.

^f Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD): seit 1995.

^g Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Schweiz: seit 1984.

^h Einheitliche Suchthilfestatistik: seit 2004.

- Substanzen

Die wichtigsten Substanzen und Substanzklassen, die im Umlauf sind, werden mit den bestehenden Instrumenten auf verhältnismässig einheitliche Art und Weise erfasst; dies gilt besonders für den Tabak, den Alkohol, das Heroin und das Kokain. Anders und vielschichtiger stellt sich die Situation bei den Stimulantia (Reizmitteln) und Halluzinogenen dar. Die Zahl der aufgeführten Substanzen oder Substanzklassen variiert ebenfalls, wobei die ESPAD über die umfangreichste Liste verfügt. Als Bezugszeiträume für die Bestimmung der Konsumprävalenz werden das Leben, das Jahr und der aktuelle Zeitraum (Monat, Woche) verwendet.

- Konsumverhalten (*Consumption Patterns*)^a

Die verschiedenen Erhebungen zu den Verhaltensweisen ermöglichen die Bestimmung des allgemeinen Konsumverhaltens, die häufig mit einer bestimmten Substanz zusammenhängen. Bei gewissen Substanzen, insbesondere beim Alkohol, wurden spezifische *Konsumpatterns* oder Konsumverhalten festgestellt (*binge drinking*^b, Trunkenheit). In einigen Erhebungen wird auch die Injektion von Substanzen als spezifische Form der Verabreichung aufgeführt. Dabei gilt zu beachten, dass die Bezugszeiträume für die Häufigkeit des Konsums sehr unterschiedlich sind.

- Auswirkungen

Mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten können die verschiedenen Arten von Auswirkungen bestimmt werden. Die Auswirkungen, die von der befragten Bevölkerung in den Erhebungen angegeben werden, sind in der Regel unmittelbare Folgen, die speziell mit dem Konsum psychotroper Substanzen verbunden sind. Dagegen sind die Folgen, die von Dritten anhand anderer Instrumente festgestellt werden, entweder spezifisch (Verkehrsunfälle, Überdosierungen usw.) oder unspezifisch (Krebs, Arteriosklerose usw.) mit dem Konsum psychotroper Substanzen verbunden.

6.3 Analyse

- Zweckmässigkeit

Der Konsum psychotroper Substanzen ist die hauptsächliche Morbiditäts- und Mortalitätsursache, die in der Schweiz verhütet werden kann. Aus diesem Grund ist die Einführung eines Überwachungssystems zweckmässig.

- Konzeption

Die Anwendung des zweiten Analyse Kriteriums bringt einige Mängel zum Vorschein: Es fehlen eindeutige Definitionen für den Gegenstand, die Bevölkerungsgruppen und die Ziele der Überwachung. Dies wirft Fragen auf bezüglich des Nutzens gewisser Überwachungsinstrumente und -analysen. Die Definitionen sind nämlich unerlässlich, wenn man vernünftige Entscheidungen fällen, Prioritäten festlegen und eine geeignete Funktionsweise entwickeln will. Setzt man diese Definitionen eher beim Konsum psychotroper Substanzen an denn bei den

^a Dieser Begriff bezieht sich auf die Art des Konsums psychotroper Substanzen. Die entsprechende Übersetzung auf Deutsch wäre: "Konsumverhalten" oder "Drogenkonsummuster". Der englische Begriff *Pattern* ist jedoch präziser, da er bereits auf die Begriffe der Häufigkeit und der Konsummodelle verweist.

^b Gelegentlicher übermässiger Alkoholkonsum: im Allgemeinen mindestens fünf (Männer) oder vier (Frauen) Gläser Alkohol in der gleichen Konsumepisode. Dieses Verhalten (*Pattern*) kann insbesondere auch der Grund für Verkehrsunfälle oder Verletzungen (Gewalttaten) sein.

einzelnen Substanzen, so fördert man damit bereichsübergreifende Fragestellungen sowie die Entwicklung von Instrumenten, die einen stärkeren Synergieeffekt haben. Dies alles führt zur Feststellung, dass in der Schweiz zwar eine Überwachung des Konsums psychotroper Substanzen existiert, diese jedoch nicht als System konzipiert ist.

- Merkmale

Hinsichtlich der Einführung einer Überwachung des Konsums psychotroper Substanzen und deren Auswirkungen in der Schweiz werden für die gewählten Analyse Kriterien insgesamt recht gute Ergebnisse verzeichnet. Die allgemeine Abdeckung der Bevölkerung und ihrer Untergruppen sowie der verschiedenen Verhaltensweisen und Folgen ist hoch, die Indikatoren weisen eine gute Qualität und eine breite Vielfalt auf, die Repräsentativität der Daten ist für die Verhaltensweisen gesamthaft gesehen gewährleistet und die Schnelligkeit des Systems, die auf der Grundlage der von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) hergestellten CD-Rom untersucht wurde, ist lobenswert. Trotz dieser positiven Feststellungen darf man jedoch nicht den Blick vor gewissen Lücken und Verbesserungsmöglichkeiten verschliessen. Diese betreffen hauptsächlich den Mangel an multivariaten Analysen, mit deren Hilfe die vorhandenen Daten besser ausgewertet werden könnten und man sich nicht ausschliesslich auf die Daten der Konsumprävalenz nach einzelnen Substanzen beschränken müsste, die begrenzte Standardisierung der verwendeten Indikatoren und Variablen (Häufigkeit, Mengen, Zeitraum, Klassifizierung der Substanzen usw.) und die beschränkte Abdeckung einiger Statistiken.

- Nutzen

Die von den verschiedenen Überwachungsinstrumenten gewonnenen Daten wurden verwendet, um die Verbreitung gewisser Verhaltensweisen und Folgen festzustellen und um die verschiedenen Merkmale des Konsums psychotroper Substanzen in der Schweiz zu erfassen und zu deuten. Dieser Nutzen lässt sich jedoch noch verstärken, vor allem durch neue, eventuell kombinierte Analysen der verfügbaren Daten, damit ein besseres Verständnis der Situation und der Entwicklung im Bereich des Konsums psychotroper Substanzen und deren Folgen erreicht werden kann.

7 Verbesserungsansätze

- Entwicklung eines eigentlichen Systems

Für die Überwachung des Konsums psychotroper Substanzen und deren Folgen sollte ein allgemeiner Richtplan ausgearbeitet werden, der den Gegenstand (Substanzen, Verhaltensweisen, Folgen, Bevölkerungsgruppen) und die Ziele der Überwachung festlegt. Die Umsetzung dieses Plans sollte einer speziellen Beobachtungsstelle anvertraut werden, die mit dem optimierten und kombinierten Einsatz der Instrumente und Daten (Standardisierung, kombinierte Analysen usw.) beauftragt wird.

- Wahl der Überwachungsinstrumente

Die bereits bestehenden Basisinstrumente zur Überwachung (SGB, HBSC, Behandlungs-, Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken) müssen erfasst werden. Zudem ist dafür zu sorgen, dass sie verbessert und genutzt werden. Dieses Datenmaterial ermöglicht es, die Überwachung der Verhaltensweisen und eines Teils der durch den Konsum psychotroper Substanzen

entstandenen Folgen in der Schweizer Bevölkerung abzudecken und allgemeine Untersuchungen über ihre Entwicklung durchzuführen.

Die Wahl von zusätzlichen Instrumenten soll dazu dienen, Verhaltensweisen und Folgen zu erfassen, welche mit Hilfe der Basisinstrumente nicht beobachtet werden können. Allerdings muss man sich zuerst vergewissern, ob die gewünschte Information nicht bereits vorhanden ist. Auf alle Fälle ist es wichtig, dass diese zusätzlichen Instrumente auf den Basisdaten aufbauen. Insbesondere müssen die verwendeten Indikatoren und Variablen es ermöglichen, die neuen Instrumente mit den Basisinstrumenten zu verbinden. Diese Standardisierung ist eine der wichtigsten Verbesserungen, die für die Überwachung unternommen werden kann. Es ist zudem wichtig, den durch die zusätzlichen Instrumente erzielten Mehrwert zu evaluieren. Diese liefern nämlich allzu oft die gleichen Informationen (Konsumprävalenz jeder Substanz) wie jene, die aus den Basisdaten herausgelesen werden können. Sie sollten im Gegenteil dazu beitragen, Verhaltensweisen besser zu verstehen oder das Verhalten von Risikogruppen und die damit im Zusammenhang stehenden Auswirkungen zu erfassen.

- Aus der Überwachung gewonnene Informationen zusammenlegen und analysieren

Die detaillierten Grundinformationen müssen systematisch zusammengelegt und gemeinsam analysiert werden, damit die wichtigsten Entwicklungen beim Konsum psychotroper Substanzen in der Schweiz abgeschätzt werden können. Zu diesem Zweck muss ein allgemeiner Analyseplan erarbeitet werden, der die wichtigsten Fragen zur Prävalenz der Verhaltensweisen in der Bevölkerung beinhaltet. Die zusätzlichen Daten müssen auf ihre Relevanz für die Überwachung geprüft werden. Es geht darum, sie mit den Basisinformationen zu verbinden, damit daraus Erkenntnisse über bisher wenig bekannte Aspekte gewonnen werden können.

- Nutzung und Verwertung der Überwachungsergebnisse

Es ist denkbar, dass regelmässig ein nationaler Bericht (der aber nicht unbedingt jährlich erstellt wird) über die Situation im Bereich des Konsums psychotroper Substanzen verfasst wird. Dieser könnte sich auf die in diesem Bereich bereits geleistete Arbeit der SFA stützen, müsste jedoch alle verfügbaren Informationen berücksichtigen.

- Verwendung der Überwachungsergebnisse

Die Planung und die Evaluation von Massnahmen im Gesundheitswesen sollten sich systematisch auf die Daten des nationalen Berichts über den Konsum psychotroper Substanzen stützen und die Kompetenzen der Beobachtungsstelle nutzen.

1 INTRODUCTION

La conception et l'évaluation des programmes de santé publique doivent pouvoir s'appuyer sur des informations fiables, complètes et accessibles. Idéalement, celles-ci recouvrent deux perspectives¹ : la première est populationnelle et renvoie à la connaissance des besoins en matière de santé ; la seconde est organisationnelle et renvoie à l'identification des ressources (institutions, projets, services, soins) qui sont présentes dans un environnement donné. La mise en commun de ces deux types d'informations doit ensuite permettre, en combinaison avec d'autres informations (évidences scientifiques, contexte social et politique, moyens financiers), de développer des programmes de santé publique qui sont adaptés à leur contexte et, donc, efficaces et efficaces.

Les besoins et les ressources en matière de santé ne constituent pas des éléments fixes et ils sont fréquemment sujets à des changements. En conséquence, il est aussi nécessaire de développer des outils qui produisent des informations de manière régulière et qui permettent de procéder à des ajustements, mais aussi à des évaluations, des programmes de santé publique en cours. Les systèmes de surveillance épidémiologique et de surveillance organisationnelle ont notamment pour fonction de remplir cette tâche. Ils peuvent aussi être complétés pour cela par d'autres formes de surveillance qui concernent l'environnement, les denrées, la situation sociale, économique et politique, et d'autres éléments relevant pour le développement, l'ajustement et l'évaluation des interventions dans le domaine de la santé.

La surveillance épidémiologique et comportementale constitue un élément central pour la santé publique. Elle est particulièrement utilisée pour les maladies transmissibles qui nécessitent une observation continue de leur diffusion pour la prévention des épidémies. Toutefois, notamment suite à la transition épidémiologique^a qu'ont connu les pays développés, la surveillance a aussi fait l'objet d'applications dans le domaine des maladies non-transmissibles. L'observation de la diffusion de ces maladies s'est alors doublée d'une surveillance des comportements en matière de santé (*health behaviour*) qui sont à leur origine. C'est ainsi que les pratiques alimentaires, l'exercice physique ou la consommation de substances psychotropes sont devenus les objets de systèmes de surveillance.

Le rapide développement des instruments d'information dans le domaine de la santé (enquêtes de santé, statistiques médicales) ces vingt dernières années a conduit à une nette amélioration de la surveillance. Toutefois, la multiplication des instruments, qui répondent chacun à certains objectifs particuliers et à une volonté de combler une lacune spécifique, a aussi conduit à de nouveaux questionnements concernant leur utilisation conjointe dans une perspective de surveillance. Comment, en effet, sélectionner et regrouper les informations nécessaires à la conduite des politiques publiques en évitant, d'une part, la confusion pouvant être engendrée par une trop grande quantité et diversité de données et, d'autre part, la faible pertinence due à

^a La transition épidémiologique se réfère à un changement au niveau des maladies et causes de décès au sein d'une population et, plus particulièrement, au fait que les maladies non-transmissibles (cancers, cardiopathies) remplacent progressivement les maladies transmissibles (ou infectieuses) comme principales causes de mortalité et morbidité.

une utilisation trop restreinte des informations disponibles ? L'étude présentée ici a pour objectif de donner une réponse à cette question pour le domaine de la consommation de substances psychotropes en Suisse. Son objectif est donc de développer un cadre de surveillance permettant une utilisation pertinente et utile des données existantes.

2 PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE, MÉTHODE ET QUESTIONS DE RECHERCHE/EVALUATION

2.1 PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Les instruments de surveillance de la consommation de substances psychotropes ont généralement été développés dans le cadre de deux logiques :

- la première est **une logique individuelle de recherche, de surveillance ou d'évaluation scientifique** et correspond au fait que chaque instrument ou presque constitue un arrangement méthodologique et organisationnel particulier pour répondre à des questionnements spécifiques ;
- la seconde est une logique globale de surveillance et de policy making et elle se retrouve dans le fait que la totalité de ces instruments doit permettre d'obtenir une vision synthétique et complète de la situation en matière de consommations de psychotropes et des conséquences liées à celles-ci en Suisse.

Une question se pose alors : les différents instruments conçus dans une logique individuelle contribuent-ils au mieux à la surveillance globale nécessaire au pilotage des politiques de santé dans le domaine de la consommation de substances psychotropes ? Cette réflexion paraît aussi utile au moment où l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pourrait peut-être introduire un nouveau programme portant sur les dépendances.

L'objectif de cette étude est donc de réaliser un inventaire et une expertise du **système de surveillance** pris comme la réunion des instruments existants et à venir et, le cas échéant, de suggérer à l'OFSP des scénarios pour optimiser son utilité et son efficacité. Ces suggestions pourront concerner des questions méthodologiques (instruments, indicateurs, fréquence, etc.) mais aussi des questions organisationnelles (institutions concernées, coordination nationale, responsabilités, financement^a, etc.) de la surveillance.

2.2 MÉTHODE

La méthode choisie pour répondre à ces questions était la suivante (ordre chronologique des travaux) :

- a. construction d'un cadre d'analyse et d'un modèle théorique : revue de la littérature portant sur l'évaluation des systèmes de surveillance et *focus-group* avec les collaborateurs de l'OFSP impliqués dans cette surveillance en Suisse ;
- b. inventaire et analyse des instruments et indicateurs existants en Suisse et des arrangements organisationnels qui les concernent (responsabilités de la conception, de la saisie et des analyses, financement) : analyse des documents concernant les outils participants à la surveillance et interviews des responsables de leur mise en œuvre à l'OFSP et à l'extérieur ;

^a Les questions liées au financement des études ne seront finalement pas traitées ici parce qu'elles dépassent les compétences des auteurs du rapport.

- c. proposition de scénarios, sous forme d'un rapport ou de *fact sheets*, pour l'harmonisation et l'optimisation du système de surveillance : comparaison entre le modèle théorique issu du point a et la réalité telle qu'elle apparaît au point b.

2.2.1 Limites de la méthode

En raison de la complexité de l'objet, soit de la diversité des instruments, variables et indicateurs utiles à la surveillance, il a été décidé de se limiter dans un premier temps à une analyse générale du système de surveillance n'incluant pas la participation des nombreux acteurs qui sont, d'une manière ou d'une autre, impliqués dans celle-ci. Les *focus groups* et *interviews* avec les collaborateurs de l'OFSP et les partenaires externes n'ont donc pas été réalisés. Cela constitue une limite de cette étude puisque la participation des parties prenantes est généralement l'un des éléments nécessaires pour qu'une recherche ou une évaluation soit très utile. Il reste néanmoins que cette démarche aurait remis en cause la faisabilité de ce travail en rendant l'objet à analyser encore plus complexe qu'il ne l'est déjà. C'est pourquoi les mandants et mandataires de cette étude ont décidé de recourir à ces personnes, et en particulier aux collaborateurs concernés à l'OFSP, plutôt dans le cadre d'une phase de valorisation en leur soumettant le présent travail et en les invitant à discuter les conclusions de celui-ci en tenant compte de leurs propres expériences. Cette manière de faire a l'avantage d'améliorer la faisabilité de l'étude et de promouvoir la valorisation de ses résultats auprès des premiers utilisateurs.

2.3 QUESTIONS DE RECHERCHE/D'ÉVALUATION

La question centrale de cette recherche est, comme cela a déjà été mentionné ci-dessus, la suivante : **les différents instruments, conçus souvent dans une logique individuelle, contribuent-ils au mieux à la surveillance globale nécessaire au pilotage des politiques de santé dans le domaine de la consommation de psychotropes ?**

Pour y répondre, il faudra adresser les sous-questions suivantes :

- Quelle est l'organisation et le contenu des différents instruments utilisables pour la surveillance de la consommation et des problèmes liés aux psychotropes en Suisse ?
- Comment s'articulent entre eux ces différents instruments aux plans méthodologique et organisationnel ?
- Quels sont les éléments manquants et quels sont ceux qui paraissent peu utiles en matière de surveillance ?
- Quelles améliorations peuvent être suggérées à l'OFSP pour optimiser ce système de surveillance ?

A des fins de guide de lecture, il faut indiquer que les chapitres 3 et 4 constituent une introduction aux concepts de "consommation de substances psychotropes" et de "surveillance en santé publique". Le chapitre 5 repose sur l'élaboration d'un cadre d'analyse utile pour apprécier la surveillance en Suisse. Les deux premières questions de recherche/évaluation sont ensuite traitées dans le chapitre 6. La troisième question est principalement traitée dans le chapitre 7 alors que la dernière fait l'objet du chapitre 8. Finalement, deux annexes constituent des compléments sous la forme d'une description des principaux instruments de la surveillance et de tableaux sur les différentes variables qui sont couvertes par ces instruments.

3 BREVE INTRODUCTION A LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES ET A SES CONSEQUENCES

La consommation de substances psychotropes peut être définie comme **la prise de substances "(...) dont l'effet principal est de modifier le psychisme, sans pour autant induire systématiquement de phénomènes de dépendance ou d'accoutumance"**². Différentes variables sont utiles pour caractériser ce comportement en matière de santé.

3.1 LES SUBSTANCES

Les substances qui modifient le psychisme sont très nombreuses. Elles ont été regroupées selon différentes catégorisations² :

- selon leurs effets sur le système nerveux central : dépresseurs (alcool, héroïne, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, etc.), perturbateurs (LSD, cannabis, etc.) ;
- selon les familles (chimiques ou botaniques) de substances : tabac, alcool (éthanol), opiacés, amphétamines, dérivés de la feuille de coca ou du cannabis, solvants, etc.
- selon le nom savant des substances ou d'une abréviation de celui-ci : diacétylmorphine, 3,4-méthylènedioxymétamphétamine (MDMA), gamma-hydroxybutyrate (GHB), kétamine, etc. ;
- selon la législation dans ce domaine : substances légales (tabac, alcool), substances autorisées à des fins thérapeutiques (médicaments), substances illégales (héroïne, cannabis, etc.)

D'autres classifications ont aussi été tentées pour attribuer un ordre de dangerosité à ces substances. Dans ce cas, différentes variables (neurotoxicité, toxicité générale, capacité à induire une dépendance physique et psychique, risques sociaux et sanitaires identifiés) sont prises en compte³. Le résultat de ces classements ou comparaisons varient toutefois parce qu'il est notamment difficile de ne tenir compte que de la variable "substance" pour apprécier des problèmes qui relèvent aussi de différents autres facteurs (mode, contexte et fréquence de consommation, âge des consommateurs, etc.).

Finalement, il faut rappeler que plusieurs substances peuvent être prises par un même individu lors d'un même épisode de consommation ou durant une même période. Cette multi consommation est encore relativement peu identifiée et étudiée.

3.2 LES CONSOMMATEURS

Au moins trois catégories de consommateurs de substances psychotropes peuvent être distinguées :

- la population dans son ensemble, à l'exception des enfants en bas âge, puisque l'immense majorité des habitants de ce pays a déjà consommé une ou plusieurs substances psychotropes (population générale) ;

- certains sous-groupes (populations spécifiques) de la population générale (classes d'âge, sexes, etc.) qui sont le siège de comportements particuliers (proportion de consommateurs, types et contextes de consommation) mais parfois aussi de conséquences particulières (échec scolaire, problèmes professionnels, grossesses problématiques) ;
- certaines populations qui sont jugées particulièrement vulnérables par rapport aux effets délétères liés à la consommation de psychotropes, et ce particulièrement en raison de leurs comportements actuels dans ce domaine (populations à risque).

3.3 LE TEMPS

Une ou plusieurs consommations de psychotropes peuvent avoir eu lieu à différents moments de la vie des consommateurs. En général, on distingue :

- les consommations durant la vie qui renvoient à l'existence d'un comportement donné dans la biographie d'un individu ;
- les consommations durant l'année qui renvoient à l'existence d'un comportement lié au mode de vie ou au stade de développement en cours d'un individu ;
- les consommations durant la dernière semaine ou le dernier mois qui renvoient à un comportement faisant partie des pratiques actuelles d'un individu.

Si les deux dernières périodes de référence ont une valeur identique pour toutes les classes d'âge, il faut signaler que la première (durant la vie) peut renvoyer à des différences selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant puisque la durée de la période de référence n'est pas du tout la même.

3.4 LES MODES D'ADMINISTRATION

Il existe trois modes principaux d'administration qui entraînent généralement des effets psychotropes différenciés chez le consommateur :

- l'ingestion,
- l'inhalation,
- l'injection.

Pour certaines substances, il existe un mode d'administration unique ou très majoritaire : inhalation du tabac, ingestion d'alcool ou de médicaments antidépresseurs. Pour d'autres, en revanche, il existe plusieurs modes de consommation largement répandus : inhalation ou injection d'héroïne et/ou de cocaïne, ingestion ou injection de buprénorphine, de méthadone ou de benzodiazépines. Ces modes de consommation sont, comme on a pu l'observer par le passé, susceptibles de changement pour la majorité des substances (ex : tabac à mâcher, cannabis à ingérer, sirops d'héroïne).

L'**injection** est reconnue comme un mode de consommation particulier parce qu'elle est plus favorable aux intoxications et à la transmission de maladies infectieuses. En outre elle renvoie à une prise invasive et non naturelle des substances, qui non seulement dénote un rapport particulier à la consommation mais qui nécessite aussi des connaissances techniques spécifiques. Fina-

lement, de nombreuses substances ne se prêtent pas sous certaines formes à l'injection (méthadone ou buprénorphine orale, benzodiazépines en pilules) et entraînent des risques particuliers pour la santé si elles sont prises sous cette forme.

3.5 PATTERNS^a DE CONSOMMATION

La substance consommée et le mode d'administration ne renseignent que partiellement sur les types de consommations puisqu'ils ne tiennent compte ni du contexte, ni de la quantité, de la fréquence et de la durée avec laquelle cette consommation est répétée. Ces variables doivent être prises en compte pour qualifier des *patterns* de consommation.

Le nombre de *patterns*, pris sous l'angle de la combinaison entre contextes, quantités consommées, fréquences et durées des consommations, est sans limites. Il est toutefois possible, d'élaborer des *patterns* généraux de consommation :

- la non-consommation : qui correspond soit à l'abstinence soit à une consommation interrompue ;
- l'usage limité ou à faible risque: qui correspond surtout à des volumes de consommation qui sont généralement faibles ;
- l'usage inapproprié ou mésusage (*misuse*) : qui correspond à des consommations occasionnelles qui entraînent des risques particuliers pour la santé (quantités excessives, substances à la toxicité immédiate et au pouvoir addictif élevé, mode de consommation dangereux (injection), contextes de consommation inappropriés (conduite d'un véhicule, travail dangereux), consommations précoces) ;
- l'usage nocif ou abus (*abuse*) : qui correspond avant tout à une fréquence de consommation et à des quantités consommées élevées.

3.6 LES CONSÉQUENCES

Les consommations de substances psychotropes n'ont pas systématiquement des effets délétères sur la santé. Dans certains cas (utilisation appropriée de médicaments) cet effet est même généralement jugé positif et, dans d'autres (consommation modérée de vin), il existe des indices qui tendent à le démontrer. Cela étant dit, il reste que la consommation de psychotropes constitue l'une des principales causes existantes de morbidité et de mortalité, et la liste des maladies et des causes de décès qui peuvent lui être au moins partiellement attribuées est très longue. Ainsi, on ne recense pas moins d'une soixantaine de pathologies liées à la seule consommation de l'alcool⁴. Ces pathologies peuvent être réparties en deux ensembles :

- les pathologies spécifiques (dépendance, suites d'accidents en état d'ébriété, intoxications, etc.) qui seraient inexistantes si les psychotropes n'étaient pas consommés ;

^a Ce terme se réfère à la manière dont les substances psychotropes sont consommées. La meilleure traduction française serait : "comportement de consommation". Toutefois, le terme anglais *Pattern* est plus précis parce qu'il renvoie déjà aux notions de fréquences et modèles de consommation.

- les pathologies non spécifiques (cardiopathies, cancers, tentatives de suicide, infections par le VIH, etc.) dont une part plus ou moins grande peut être attribuée à la consommation de psychotropes.

L'une des principales difficultés est ici d'identifier la part exacte des pathologies non spécifiques qui peuvent être attribuées à la consommation de psychotropes. A l'aide de certaines études longitudinales, il a été possible de mettre à jour le risque relatif (RR) de développer certaines de ces pathologies à la suite de certains comportements. Cet indicateur, lorsqu'il existe, permet ensuite par une triangulation de données d'attribuer une proportion des pathologies non spécifiques diagnostiquées à certaines consommations de substances.

Une autre classification des conséquences peut compléter celle des pathologies :

- les conséquences aiguës (accidents, intoxications): elles font généralement suite à un épisode de consommation et sont essentiellement liées aux effets psychotropes des substances (ivresse, ébriété) et/ou à leur toxicité immédiate.
- les conséquences chroniques (cardiopathies, cancers, maladies du système digestif, dépendance) : elles font généralement suite à une succession d'épisodes de consommation et sont essentiellement liées au caractère addictif des substances et à leur toxicité générale.

Cette classification permet de lier certains types ou *patterns* de consommations (mésusage, usage nocif) avec des conséquences spécifiques. Certaines pathologies (suicides, infections par le VIH) se trouvent cependant à l'intersection des deux catégories.

3.7 LES TRAITEMENTS

Certaines conséquences liées à la consommation de psychotropes peuvent être réduites ou supprimées à l'aide d'une prise en charge médicale ou médico-sociale adéquate. Dès lors, il importe aussi de tenir compte de celles-ci pour apprécier l'étendue des dommages et la gravité des conséquences. Pour intégrer cette variable il serait toutefois nécessaire de disposer de données sur l'effet des traitements telles qu'elles peuvent être obtenues dans les études expérimentales. Cette information permettrait ensuite de pondérer le poids des conséquences (existantes ou à venir) en fonction du nombre de personnes/année qui suivent un traitement.

3.8 MODÈLES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Différentes variables (consommateurs, période de consommation, substances, mode d'administration, *patterns* de consommation) permettent donc de caractériser les comportements en matière de consommation de substances. Il en va de même pour les conséquences sur la santé qui leur sont liées et qui peuvent être classées selon qu'elles sont positives ou négatives, qu'il s'agisse de pathologies spécifiques ou non, de conséquences aiguës ou chroniques, et selon qu'elles fassent l'objet d'un traitement ou non.

Le nombre de combinaisons de ces différentes variables est presque sans fin et renvoie à la complexité de cet objet. Pendant longtemps, ce problème de combinaison était limité par les données

disponibles et la surveillance de la consommation de psychotropes s'est surtout basée sur l'analyse des variables suivantes :

- prévalence de la consommation (à vie ou actuelle) d'une substance dans la population générale et chez les jeunes ;
- étendue des conséquences (mortalité et morbidité) qui peuvent directement être attribuées à la consommation de cette substance.

L'analyse de l'évolution de ces deux variables à travers le temps servait alors comme principal outil pour le développement et la conduite des politiques et programmes de santé publique.

Cette démarche était toutefois très insatisfaisante puisqu'elle faisait généralement l'impasse sur différentes autres variables relevantes (populations à risque, modes d'administration, volumes et fréquences de consommation, pathologies et causes de décès non spécifiques, nombre de traitements) et qu'elle était donc peu sensible à de nombreuses dimensions de cette problématique.

Différents travaux dans le domaine des drogues injectables, de l'alcool et du tabac ont conduit à l'application progressive, toujours pour chaque substance, de modèles d'analyse plus appropriés. Ceux-ci faisaient alors généralement appel aux variables suivantes :

- prévalence et *patterns* (fréquence et quantités) de la consommation (à vie ou actuelle) d'une substance dans la population générale, chez les jeunes et dans certains groupes à risque ;
- étendue des conséquences (mortalité et morbidité) spécifiques et non spécifiques qui peuvent être attribuées à la consommation de cette substance.

Ces démarches permettent une meilleure compréhension des phénomènes et une amélioration de la spécificité des informations qui les concernent. Certaines variables, et notamment les conséquences à court (aiguës) et à long terme (chroniques), les traitements et la multi-consommation/pluri-dépendance, restent toutefois encore à intégrer dans de nouveaux modèles plus pertinents et spécifiques encore.

La construction de ces nouveaux modèles requiert notamment le développement de catégories de *patterns* de consommation qui ne sont pas seulement spécifiques aux substances et qui renvoient à différents niveaux de risque en matière de santé et, partant, à différentes conséquences aiguës et chroniques.

Le développement de ces *patterns* à risque est loin d'être simple et ne devrait pas donner lieu à une multiplication sans fin des catégories. Il reste toutefois que cette approche est sans doute la plus prometteuse pour développer une vision globale des différents types de consommation, et notamment des multi-consommations, et qu'elle est susceptible de permettre une compréhension nouvelle des liens entre les comportements en matière de consommation de psychotropes et les différentes conséquences qu'elle peut entraîner.

4 BREVE INTRODUCTION A LA SURVEILLANCE EN SANTE PUBLIQUE

4.1 ORIGINES

Le concept de surveillance est étroitement lié au développement de la médecine et de la santé publique. On peut ainsi notamment le rattacher à⁵⁻⁷ :

- l'identification des individus porteurs d'une maladie contagieuse, et leur isolement (quarantaines, léproseries, etc.) qui ont permis de limiter la diffusion de certaines épidémies dès la fin du Moyen-Age ;
- l'identification des maladies infectieuses et le suivi de leur diffusion, qui croît notamment avec la création des Etats modernes au XIXème siècle, et qui a soutenu le développement de nombreuses mesures d'hygiène et de prévention (vaccinations, réfrigération des aliments, pasteurisation du lait, épuration des eaux).

Aujourd'hui encore, les maladies transmissibles (VIH/Sida) constituent l'un des principaux objets de la surveillance.

4.2 LA SURVEILLANCE DES COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ

La surveillance des comportements en matière de santé est déjà apparue en lien avec la surveillance des maladies infectieuses. Toutefois, c'est avec la transition épidémiologique qu'on connait les pays industrialisés au XXème siècle que l'observation continue des comportements, qui sont à l'origine des maladies non transmissibles (cancers, cardiopathies) va connaître son véritable essor. Il s'agit alors d'identifier et d'observer l'évolution de différentes expositions à des facteurs de risque ou de protection, et de développer en conséquence des nouvelles interventions ciblant l'environnement et les styles de vie de la population.

4.3 DÉFINITIONS

La raison d'être des systèmes de surveillance est d'assurer une observation continue des principaux problèmes en matière de santé publique. La définition actuelle la plus courante de ces systèmes est celle du *Center for disease control and prevention* (CDC) :

"The ongoing systematic collection, analysis, and interpretation of health data essential to the planning, implementation, and evaluation of public health practice, closely integrated with the timely dissemination of these data to those who need to know. The final link in surveillance chain is the application of these data to prevention and control".⁸

Cette définition a été quelque peu modifiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour s'appliquer spécifiquement aux comportements qui sont liés à la diffusion des maladies non transmissibles (Non-communicable disease - NCD). La notion de facteur de risque

comportemental, ou plus simplement, de comportement à risque en matière de santé, apparaît alors:

"Behavioural risk factor surveillance involves systematically collecting, analyzing, and interpreting data on behaviours people engage in that put their health at risk. These data are used to provide timely information to decision-makers for the development of targeted NCD prevention and health promotion programmes and policies. A goal of behavioural risk factor surveillance is for data to be collected in a continuous or systematically repeated manner over time so that useful trend information can be obtained".⁹

Dans les faits, la surveillance en santé publique repose généralement sur une combinaison de données de morbidité et de mortalité (conséquences) et de données sur les comportements en matière de santé.

4.4 BUTS

Le premier but de la surveillance est d'évaluer l'état de santé d'une population par l'analyse de l'évolution de certaines conditions de santé (maladies, comportements).

D'autres buts peuvent aussi être attribués à la surveillance, ils comprennent notamment^{10,11} :

- l'estimation de l'ampleur du problème de santé dans certaines populations particulières ;
- la compréhension de l'étiologie des maladies ;
- la détection des épidémies ;
- la détection des groupes à risque ;
- la détection des changements dans les pratiques de soins ;
- l'évaluation de la qualité des soins ;
- l'identification de besoins en matière de recherche ;
- le soutien de recherches épidémiologiques ;
- etc.

4.5 SOURCES D'INFORMATIONS ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

Trois sources d'informations entrent généralement en considération lorsqu'il s'agit de surveillance^{12,13} :

- les individus ;
- les professionnels de la santé ;
- d'autres acteurs, notamment extérieurs au système de santé, qui possèdent ou réunissent des données sur les individus, la population ou l'environnement.

De manière schématique, les individus sont les informateurs clés pour l'observation de l'état de santé perçu et des comportements en matière de santé au sein d'une population. Les professionnels de la santé, quant à eux, constituent la principale source d'information concernant la diffusion et les caractéristiques des maladies. Finalement, d'autres acteurs sont souvent les premiers

informateurs en ce qui a trait à l'environnement (situation sociale, pollution, etc.) et à d'autres déterminants de la santé.

Les différentes sources d'informations, dans une perspective de surveillance, renvoient aussi à **différentes méthodes de collecte de données**. Ainsi, la mesure de l'état de santé et des comportements au sein d'une population relève généralement d'interviews, dans le cadre d'**enquêtes**, auprès des individus. La mesure de la diffusion et des caractéristiques des maladies s'appuie pour sa part sur l'existence et l'analyse secondaire de **registres/statistiques** ou de documents produits dans le cadre du système de santé. Quant aux informations sur l'environnement et d'autres déterminants de la santé, elles proviennent des deux méthodes mentionnées ci-dessus mais font l'objet d'une analyse secondaire puisque, le plus souvent, elles ne sont pas uniquement conçues à des fins de surveillance en santé publique.

4.6 ASPECTS ORGANISATIONNELS

Un système de surveillance peut être divisé en quatre éléments¹¹ :

- la collecte de données ;
- la mise en commun (*collation*) de données ;
- l'analyse des données ;
- la dissémination des résultats.

Idéalement, ces quatre éléments conduisent à un cinquième qui est l'utilisation des résultats de la surveillance pour la planification et l'évaluation en santé publique.

Les propriétés organisationnelles de la surveillance portent essentiellement sur l'organisation des collectes de données, de la réunion et de l'analyse conjointe de celles-ci, de la transmission des résultats aux décideurs et de leur utilisation dans la pratique de santé publique. La **fréquence** et les caractéristiques des collectes et analyses, les canaux et modes de transmission des résultats et l'intégration des données de surveillance dans les processus de planification et d'évaluation constituent ici des éléments déterminants. Ceux-ci semblent souvent négligés en comparaison des aspects méthodologiques et il y a là sans doute un important espace pour une amélioration de l'utilité de la surveillance.

5 CADRE D'ANALYSE

La littérature portant sur l'analyse et l'évaluation des systèmes de surveillance est encore relativement peu développée. Toutefois, quelques travaux récents permettent de développer un cadre d'analyse spécifique^{8,11,14}.

Un système de surveillance peut donc être analysé en fonction de différents critères qui se rapportent à la pertinence de son existence, à sa conception, à sa mise en œuvre et à son utilité :

Tableau 1 Critères d'analyse

Pertinence	Conception	Attributs (CART)^a	Utilité
Importance du problème de santé publique	Définition de l'objet	<i>Completeness</i>	Compréhension et détection
	Définition de la population	<i>Accuracy</i>	Amélioration des pratiques
	Définition des objectifs	<i>Representativeness</i>	
	Mode de fonctionnement	<i>Timeliness</i>	

Ces critères constituent un cadre général d'analyse pour les systèmes de surveillance. Ils constituent une matrice qui rend possible l'identification des principales qualités et faiblesses d'un système existant.

Les chapitres suivants ont pour but de décrire plus précisément ces différents critères.

5.1 CRITÈRE D'ANALYSE 1 : PERTINENCE DU SYSTÈME

L'existence d'un système de surveillance n'a de sens que si son objet est ou peut devenir important du point de vue de la santé publique. Pour estimer cette importance, les principaux critères retenus sont¹⁵ :

- la morbidité (maladies, blessures) ;
- la sévérité (taux de mortalité) ;
- la mortalité précoce (années de vie perdues) ;
- le coût économique (coût des soins, perte de productivité) ;
- la possibilité de prévenir les dommages (fraction pouvant être réduite).

^a Cet acronyme reprend les premières lettres de quatre critères principaux qui permettent d'analyser et de juger un système de surveillance sur la base de ses attributs et caractéristiques propres : Completeness (état complet, couverture), Accuracy (exactitude, précision), Representativeness (représentativité) et Timeliness (adéquation temporelle). Ce concept est expliqué au chapitre 5.3.

5.2 CRITÈRE D'ANALYSE 2 : CONCEPTION DU SYSTÈME

Le second critère d'analyse concerne la conception générale du système. Celle-ci doit comprendre^{14,15} :

- une définition de l'objet (*Health event*) qui doit être surveillé ;
- une définition de la population concernée ;
- une définition des objectifs du système de surveillance ;
- une définition du fonctionnement du système pour que celui-ci puisse atteindre les objectifs qui lui ont été assignés.

5.2.1 Définition de l'objet

La définition de l'objet sous surveillance constitue un élément incontournable pour le fonctionnement du système. Cet objet peut être une maladie (grippe, VIH/Sida, cancers, etc.), un comportement en matière de santé (activité physique, tabagisme, alimentation, etc.), un environnement physique (sites exposés à différentes formes de radiations ou de produits toxiques, etc.), une denrée, etc.

Dans tous les cas, il importe de définir avec précision quel est cet objet. Cette définition devra surtout indiquer quelles sont les **caractéristiques particulières de l'objet surveillé** (p. ex. qu'entend-on par "exercice physique" ?), **comment il peut être identifié** (p. ex. temps passé en mouvement) et **quelles sont les conséquences** (ex : cardiopathies, obésité) qui, sur la base des connaissances scientifiques actuelles, peuvent être attendues. La notion de **risque** peut aussi faire partie de cette définition de l'objet lorsqu'elle permet de lier concrètement un comportement donné avec des conséquences en matière de santé (p. ex. : le partage de seringues est un comportement à risque pour la transmission du VIH et des hépatites).

5.2.2 Définition de la population concernée

La conception du système de surveillance devrait aussi idéalement inclure une définition de la population sous surveillance qui spécifie, sur la base des connaissances existantes, quelle est la population (classes d'âge, sexe, professions, etc.) qui n'est pas concernée par l'objet de la surveillance, quelle est celle qui est partiellement concernée et quelle est celle qui est particulièrement concernée par celui-ci.

5.2.3 Définition des objectifs

La définition des objectifs est aussi une composante nécessaire au fonctionnement du système de surveillance. Cette définition comprend deux éléments : le premier est relatif à l'*output* du système. Il s'agit ici de préciser quelles sont les informations que celui-ci doit générer pour permettre l'évaluation de l'état de santé d'une population à travers l'évolution d'une condition de santé. Ces informations concernent avant tout la diffusion (prévalence, incidence) d'un comportement et/ou d'une maladie dans la population générale et dans certaines populations particulières, les changements (épidémies, *outbreaks*) dans cette diffusion, les problèmes (morbidité, mortalité, problèmes sociaux) qu'elle entraîne et leur prise en charge. En outre, le système de surveillance peut se voir attribuer d'autres objectifs comme la mise à disposition d'informations sur l'étiologie des maladies ou des comportements, sur la qualité des soins, etc.

Le second niveau d'objectifs concerne l'utilité du système. Ici, il s'agit de préciser quelle sera l'utilisation des données de surveillance pour qu'elles puissent contribuer à une amélioration des interventions en matière de santé. Cet élément rejoint aussi le (sous-)critère suivant qui est celui du mode de fonctionnement.

5.2.4 Mode de fonctionnement

Le fonctionnement d'un système de surveillance peut être divisé en trois sous-processus :

- la collecte, l'analyse et l'interprétation continue de données ;
- la transmission/valorisation des résultats ;
- l'utilisation des résultats.

Les modalités de récolte, d'analyse et d'interprétations des données doivent être précisées au niveau des ressources nécessaires (moyens financiers, compétences), des responsabilités et de la périodicité des travaux. Une attention particulière doit aussi être portée aux modalités (responsabilité, lieu, périodicité) de la réunion des différentes données de surveillance ainsi qu'au processus d'analyse et d'interprétation (méthode, responsabilités, compétences) qui devra être mené pour obtenir un véritable résultat de surveillance.

La transmission des résultats de la surveillance est une condition nécessaire, mais pas suffisante, pour que ceux-ci soient utilisés. Dès lors, tout système de surveillance devrait aussi comprendre une réflexion quant aux instruments les plus efficaces en matière de transfert de connaissances et sur la définition des différents groupes d'utilisateurs de cette surveillance.

L'utilisation concrète des résultats renvoie souvent à l'intégration de la surveillance dans les processus de planification, d'évaluation et de prise de décision. Contrairement à toutes les caractéristiques mentionnées jusqu'ici, ce point ne relève que très partiellement du système de surveillance et adresse principalement le fonctionnement des institutions en charge de la santé publique. C'est donc à elles qu'il revient de développer des méthodes de travail qui fassent usage des données de surveillance.

5.3 CRITÈRE D'ANALYSE 3 : ATTRIBUTS DU SYSTÈME

La conception du système de surveillance se traduit, lors de son fonctionnement, par un grand nombre d'attributs ou caractéristiques qui vont déterminer sa qualité et sa capacité à atteindre ses objectifs. Deux catégories d'attributs doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- les attributs opérationnels :
 - structure et fonctionnement (simplicité) ;
 - capacité à mettre en œuvre la surveillance sans encombre (stabilité) ;
 - capacité à s'adapter à des changements organisationnels et à des développements technologiques (flexibilité) ;
 - capacité à mobiliser des tiers pour la mise à disposition et l'utilisation des données (acceptabilité) ;
 - capacité à récolter, à traiter et à diffuser les données avec célérité (rapidité).

- les attributs scientifiques ;
 - capacité à s'adapter à des changements au niveau du problème de santé publique (flexibilité) ;
 - capacité à assurer la validité et la couverture des données (qualité) ;
 - capacité à assurer l'adéquation des données au problème (sensibilité et spécificité) ;
 - capacité à assurer la représentativité des données.

Ces différents critères d'analyse peuvent être appliqués tant au système lui-même qu'aux instruments (enquêtes, indicateurs) qui le composent. En ce qui concerne le niveau systémique, il importe avant tout de s'intéresser aux attributs opératoires généraux, c'est à dire à la capacité du système à réaliser sa mission. Quant aux attributs scientifiques, ils relèvent généralement des instruments utilisés (enquêtes, statistiques) et l'analyse systémique doit porter sur la capacité à améliorer ou maintenir la qualité de ceux-ci.

L'acronyme "CART" renvoie à un certain nombre de critères généraux qui peuvent être utilisés et qui recouvrent les principaux attributs opérationnels et méthodologiques qui peuvent être attendus d'un système de surveillance¹¹ :

Completeness (état complet, couverture) : ce critère se réfère à la couverture du système en termes de populations, d'aire géographique, de comportements et de conséquences. Cette couverture doit être assez élevée pour que l'on puisse affirmer que le résultat de la surveillance correspond bel et bien à la population et à l'objet sous surveillance.

Accuracy (exactitude, précision): ce critère renvoie essentiellement à la qualité des indicateurs utilisés et à l'exactitude de la classification des comportements et conséquences. Il s'agit en fait de s'assurer que les données de surveillance correspondent bel et bien à l'objet qui doit être observé.

Representativeness (représentativité): ce critère renvoie aux données de surveillance qui doivent pouvoir représenter l'étendue du phénomène ou de l'objet sous surveillance. Les mesures ou données utilisées pour la surveillance doivent donc être aussi proches que possible de celles rencontrées dans la réalité.

Timeliness (rapidité, adéquation temporelle): ce critère renvoie à deux dimensions de la surveillance. Le premier concerne le temps écoulé entre des observations et leur analyse. Celui-ci doit être réduit au maximum pour pouvoir s'assurer que les données de surveillance correspondent à la réalité actuelle. La seconde dimension concerne le système dans son ensemble et, plus particulièrement, l'intervalle de temps entre l'observation d'une situation ou d'un changement et l'action sanitaire qui en découle. Pour réduire cet écart, il s'agit d'améliorer la rapidité des différentes étapes (collecte de données, réunion de données, analyse, interprétation, dissémination, intégration dans les processus de planification ou d'évaluation, prise de décision) séparant une volonté de mesurer un phénomène de santé et une décision en matière de santé publique.

5.4 CRITÈRE D'ANALYSE 4 : L'UTILITÉ DU SYSTÈME

L'utilité du système dépend de l'ensemble des critères présentés jusqu'ici. Elle s'apprécie avant tout en fonction de l'utilisation des données de surveillance pour l'amélioration des mesures de santé publique. Les autres questions qui peuvent guider une telle appréciation sont¹⁵:

- le système détecte-t-il des tendances signalant un changement dans l'apparition du problème de santé ?
- le système détecte-t-il les épidémies ?
- le système fournit-il des estimations de l'ampleur de la morbidité et de la mortalité relative à l'objet sous surveillance ?
- le système stimule-t-il la recherche pouvant mener à une amélioration des mesures de santé publique ?
- le système identifie-t-il les groupes à risque ?
- le système identifie-t-il les facteurs de risque liés au problème de santé ?
- le système permet-il d'apprécier les mesures de santé publique existantes ?

Un système de surveillance ne doit pas systématiquement apporter une réponse positive à chacune de ces questions mais il doit le faire pour celles qui concernent les objectifs qui lui ont été fixés.

6 DESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES ET DE SES CONSEQUENCES EN SUISSE

Différents instruments, développés ces vingt dernières années, ont permis de mieux connaître la situation générale en matière de consommation et de problèmes liés à la consommation de psychotropes en Suisse et de suivre leur évolution. Il est toutefois difficile d'affirmer qu'il existe un véritable système de surveillance dans le sens où celui-ci ne fait l'objet ni d'une planification spécifique, ni d'une organisation particulière. En effet, ces différents instruments existants répondent à des logiques individuelles de recherche, de surveillance ou d'évaluation. Chacun possède sa propre méthodologie et sa propre organisation. Dès lors, la description des modalités de la surveillance revient avant tout à l'identification des instruments qui la concernent et des utilisations (analyses, interprétations, valorisation, intégration dans les processus de planification) qui en sont faites. En conséquence, la description qui suit constitue en premier lieu un inventaire des différents instruments de la surveillance et de leurs caractéristiques, ainsi que des modalités organisationnelles de leur mise en œuvre et de leur utilisation. On trouvera également une description plus détaillée de chacun des instruments en annexe du présent rapport.

6.1 INSTRUMENTS

Deux types d'instruments principaux sont utilisés à des fins de surveillance :

- les enquêtes générales ou spécifiques sur les comportements en matière de santé ;
- les statistiques sur les traitements, la morbidité et la mortalité.

Les premiers servent avant tout à l'identification des comportements (population, substances(s) et *patterns* de consommations) mais il arrive aussi qu'ils abordent la question des conséquences, essentiellement sous l'angle de la morbidité et des problèmes sociaux. Quant aux seconds, ils servent avant tout à l'identification des conséquences (morbidité et mortalité), mais il se peut aussi qu'ils permettent d'identifier des comportements dans certaines populations particulières.

Le tableau ci-dessous résume les utilisations qui peuvent être faites de ces différents instruments. Les indicateurs directs sont ceux qui décrivent spécifiquement un objet et les indicateurs indirects sont ceux qui peuvent également le caractériser mais avec une validité et une précision nettement moins importante.

Tableau 2 Les instruments de surveillance

	Comportements	Conséquences
Enquêtes sur la santé	Indicateurs directs	Indicateurs indirects
Statistiques sanitaires	Indicateurs indirects	Indicateurs directs

D'autres instruments complémentaires, et notamment des statistiques portant sur la production et la vente de certains psychotropes, sont aussi utilisés pour l'identification des comportements.

6.1.1 Liste des instruments pris en compte pour cette étude

La liste ci-dessous regroupe les instruments qui ont pu être identifiés comme sources potentielles pour des données de surveillance concernant la consommation de psychotropes et ses conséquences^a.

- Enquêtes générales sur les comportements en matière de santé :
 - Enquête Suisse sur la Santé (ESS) ;
 - *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* ;
 - *Swiss Multi-centric Adolescent Survey on Health (SMASH)*.
- Enquêtes spécifiques sur les comportements en matière de santé:
 - *European School survey Projekt on Alcohol and other Drugs (ESPAD)* ;
 - monitoring national tabac ;
 - diverses enquêtes nationales ponctuelles portant sur la consommation d'alcool, de cannabis ou de médicaments ;
 - enquête "évaluation de la prévention du Sida en Suisse" (EPSS).
- Enquêtes et statistiques chez les populations à risque :
 - enquête nationale auprès des usagers des centres à bas-seuil d'accessibilité distribuant des seringues ;
 - statistiques de traitement regroupées dans le projet Act-Info (méthadone, FOS, SAMBAD, SAKRAM/CIRSA, HeGeBe).
- Statistiques générales et spécifiques sur la morbidité et la mortalité ;
 - statistique nationale des causes de décès ;
 - statistique des décès liés à la drogue ;
 - statistique médicale des hôpitaux (dont les diagnostics) ;
 - registres des tumeurs ;
 - statistique VIH/Sida ;
 - statistique des accidents de la route, issue de la statistique plus générale des accidents.
- Autres :
 - statistiques sur la vente et production d'alcool, de tabac et de médicaments en Suisse ;
 - statistique nationale de l'application de la LStup ;
 - nouveaux instruments planifiés.

6.2 LES ENQUÊTES GÉNÉRALES SUR LES COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Il existe trois grandes enquêtes transversales réalisées en population générale sur le thème de la santé. Ce sont l'ESS^b, HBSC^c et SMASH^d. Ces trois enquêtes visent à observer l'évolution de

^a L'identification de ces sources a été réalisée à travers une analyse des données utilisées par différentes institutions (OFSP, Fedpol.ch, ISPA, IUMSP) pour faire la synthèse de la situation en matière de consommation de psychotropes en Suisse.

^b Enquête suisse sur la santé (ESS) : menée à trois reprises (92, 97 et 02).

^c *Health behaviour in school-aged children (HBSC)* : menée à cinq reprises (86, 90, 94, 98, 02).

^d *Swiss multi-centric adolescent survey on health (SMASH)* : menée à deux reprises (92, 02).

l'état de santé de la population ainsi qu'à identifier les comportements qui y sont liés. Elles couvrent chacune une tranche d'âge différente, qui parfois se recoupe^a. L'ESS et HBSC sont répétées de manière périodique, respectivement tous les cinq et quatre ans, depuis plusieurs années, alors que SMASH n'a pour l'instant connu que deux éditions en dix ans. L'ESS, HBSC et SMASH sont des enquêtes nationales ; de plus, HBSC est aujourd'hui menée dans 36 pays et régions. Elle est coordonnée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

6.2.1 Populations

L'ESS est une vaste enquête téléphonique réalisée auprès des ménages en Suisse. Elle est basée sur un échantillon représentatif de la population âgée de 15 à 74 ans (15 à 64 ans pour les drogues illégales). En 2002, lors de la dernière édition, ce sont environ 20'000 personnes qui ont été interrogées.

Les deux enquêtes **HBSC** et **SMASH** sont réalisées en milieu scolaire. La première s'adresse aux 11-15^b ans et porte sur la vie quotidienne de ces écoliers. La consommation de substances y est abordée, tout en limitant les questions relatives aux drogues illégales aux 14-15 ans. Lors de la dernière édition (2002) ce sont environ 10'000 écoliers qui ont participé à l'enquête. En ce qui concerne SMASH, elle vise la classe d'âge suivante, à savoir les 16-20 ans. Elle a l'avantage de s'intéresser tant aux écoliers qu'aux jeunes engagés dans des filières de formation professionnelle. L'échantillon est cependant limité aux individus fréquentant les filières d'Etat. En 2002, ce sont près de 9000 jeunes qui ont été interrogés.

6.2.2 Usage des substances

Ces trois enquêtes ciblent toutes la consommation de substances psychotropes légales et illégales.

En termes de dénomination, toutes adoptent une catégorisation relativement claire pour les substances que sont le tabac, l'alcool, le cannabis, l'héroïne et la cocaïne. Toutefois, HBSC précise différents noms possibles pour les dérivés du cannabis (joint, shit, herbe, cône, marijuana, haschich), de même qu'elle associe l'opium et la morphine à l'héroïne. La méthadone, quant à elle, ne figure pas dans HBSC alors qu'elle est présente dans les deux autres.

Une plus grande variabilité apparaît lorsque l'on regarde des classes comme les stimulants et les hallucinogènes. En effet, l'ESS et HBSC vont dissocier l'ecstasy et les amphétamines, alors que SMASH crée une grande catégorie comprenant l'ecstasy, les pilules thaï, le *speed*, les *designer drugs* et les autres stimulants. Pour les hallucinogènes, seule HBSC distingue le LSD des champignons. SMASH les rassemble et l'ESS possède une catégorie "hallucinogènes" dans laquelle se trouvent le LSD, la mescaline et la psilocybine.

Finalement, les deux enquêtes auprès des jeunes comportent deux catégories communes supplémentaires, les colles et solvants et les médicaments pour se droguer. L'enquête SMASH ajoute encore le GHB et les tranquillisants sans ordonnance. Il faut préciser ici que dans l'ESS les médi-

^a Voir le sous-chapitre 6.2.1. Par ailleurs, toutes les enquêtes sont décrites de manière détaillée en annexe.

^b Dû à la structure du système scolaire suisse, les classes échantillonnées entre la 5^{ème} et la 9^{ème} année scolaire couvrent une population de 11 à 16 ans. C'est cette tranche d'âge qui sera retenue dans cette étude.

caments tels que les somnifères ou les tranquillisants sont investigués en même temps que les fortifiants ou les médicaments contre l'hypertension.

Les principaux indicateurs utilisés pour détecter la consommation de psychotropes sont la prévalence à vie, au cours de la dernière année et la prévalence actuelle. La période de référence pour cette dernière est exprimée de différentes façons : soit elle n'est simplement pas précisée, soit elle se rapporte au mois ou à la semaine précédant l'enquête.

En termes de couverture, la prévalence à vie de la consommation de drogues illégales figure dans toutes les enquêtes ce qui signifie que cette indication existe pour la population de 14 à 64 ans. La prévalence au cours de la dernière année bénéficie d'une couverture presque similaire. En effet, dans sa dernière édition, HBSC ne s'intéresse à cette prévalence que pour le cannabis. En ce qui concerne la prévalence actuelle, elle couvre les 14-64 ans, avec le mois précédant l'enquête comme période de référence pour SMASH. Pour les drogues légales, le tableau est un peu différent. En effet, l'indication de prévalence à vie n'existe que chez les plus jeunes (11-16 ans), alors que la prévalence actuelle est présente dans toutes les enquêtes. Il faut relever que la prévalence à vie apparaît de manière indirecte dans l'ESS lorsque la question est posée aux non-fumeurs l'incidence d'une ex-consommation. Seule l'ESS utilise une période se référant à la dernière semaine en termes de consommation d'alcool.

Tableau 3 Indicateurs d'usage de substances

	Tabac	Alcool	Illégales*	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Prévalence à vie	11-16	11-16	15-64	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16
	15-74									
				16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20
				15-64	15-64	15-64	15-64	15-64	15-74	15-64
▪ dernière année				14-16						
		15-74		15-64	15-64	15-64	15-64	15-64		15-64
▪ dernier mois				16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20
▪ dernière semaine		15-74							**15-74	
▪ actuelle	11-16	11-16		15-64	15-64	15-64	15-64	15-64		15-64
	16-20	16-20								
	15-74	15-74								

* toutes drogues confondues

** la consommation de médicaments psychotropes est investiguée dans l' ESS avec la consommation de médicaments tels que les anti-hypertenseurs, ce qui n'est pas le cas dans les autres enquêtes.

6.2.3 Patterns de consommation

Dans les enquêtes décrites ici, deux indicateurs de consommation précoce sont généralement utilisés. Pour les substances illicites, c'est l'âge d'expérimentation qui est pris en compte, alors que pour le tabac, il s'agit de l'âge du début de la consommation régulière.

Les indicateurs permettant d'identifier les *patterns* de consommation sont relativement uniformes entre les enquêtes, et relèvent principalement de la fréquence de consommation ainsi que du volume (quantité) de consommation. Pour le tabac, c'est la quantité de cigarettes (ou autre produit du tabac) qui est utilisée pour définir le type de consommation. Cet indicateur est cependant directement couplé à un indicateur de fréquence puisque la quantité investiguée est une quantité journalière. Pour l'alcool, c'est la notion de fréquence qui est importante. L'ESS se base sur une fréquence au cours de l'année ainsi que sur une fréquence actuelle doublée d'une fréquence au cours de la dernière semaine. Les deux enquêtes chez les jeunes se réfèrent quant à elles uniquement à la fréquence actuelle, sans plus de précision. L'ESS est encore la seule à proposer un indicateur de volume de consommation pour l'alcool (nombre de dl/verres approximatif) exprimé sur les mêmes périodes de référence que pour la fréquence (année, semaine). Quant aux substances illicites, c'est généralement la fréquence de la consommation à vie et au cours de la dernière année (souvent exprimée en nombre de fois) qui permet d'identifier les *patterns* de consommation. Toutefois, même lorsque la période de référence est la même, les variables utilisées pour catégoriser les fréquences ne sont pas comparables.

Tableau 4 Indicateurs généraux de *patterns* de consommation

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Précocité										
▪ âge 1 ^{ère} consommation	11-16	11-16		16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20
				15-64						
▪ âge consommation rég.	11-15									
	16-20									
	15-74									
Fréquence de consommation										
▪ à vie*				14-16	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16
				15-64						
▪ au cours de la dernière année**		15-74	14-16							
				15-64	15-64	15-64	15-64	15-64		15-64
▪ au cours du dernier mois				16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20
▪ au cours de la dernière semaine		15-74								
▪ actuelle***	11-16	11-16								
	16-20	16-20								
		15-74								
Volume de consommation										
	11-16	15-74								
	16-20									
	15-74									

* l'échelle utilisée dans les deux enquêtes n'est pas la même (une fois, plusieurs fois, souvent pour HBSC ; de 1 à 6 fois et plus pour l'ESS)

** pour les drogues illégales, l'échelle utilisée dans les deux enquêtes n'est pas la même (une fois, plusieurs fois, souvent pour HBSC ; nombre de fois par semaine ou par mois pour l'ESS)

*** pour le tabac, les échelles de fréquence utilisées ne sont pas les mêmes (chaque jour ou nombre de fois par semaine pour HBSC ; régulièrement ou irrégulièrement pour l'ESS)

Certains indicateurs permettent encore d'identifier des *patterns* de consommation spécifiques, susceptibles d'engendrer des conséquences particulières. Ceci existe en particulier pour l'alcool et, dans une certaine mesure, pour quelques drogues illégales dont un des modes d'administration possible, l'injection, comporte des risques particuliers.

Pour l'alcool, ce sont principalement des indicateurs relatifs à l'état d'ébriété et au *binge drinking*^a, deux indicateurs de consommation excessive. L'ébriété traduit plutôt une idée d'un usage inapproprié ou d'un mésusage précoce d'alcool. Le *binge drinking* évoque un type de consommation spécifique, lié à un volume excessif absorbé en un laps de temps limité (généralement "en une seule fois" ou "au cours d'une même occasion"). Si le *binge drinking* est couvert pour toutes les catégories d'âge via l'ESS et SMASH, l'ébriété est quant à elle mentionnée uniquement dans les enquêtes auprès des plus jeunes.

Le *pattern* de consommation spécifique que représente l'injection n'apparaît que dans SMASH.

Tableau 5 Indicateurs de *patterns* de consommation spécifiques

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Fréquence état d'ébriété										
▪ vie		11-16								
		16-20								
▪ dernière année		16-20								
▪ dernier mois		16-20								
Précocité										
▪ âge 1 ^{ère} ébriété		11-16								
Fréquence <i>binge drinking</i>										
▪ dernière année		16-20								
		15-74								
Mode de consommation										
▪ injection à vie										16-20

6.2.4 Conséquences de la consommation

Ce sont généralement les conséquences à court terme qui sont évoquées dans ces enquêtes. Si l'ESS fait référence plutôt à des conséquences individuelles (perte de maîtrise de soi, perte de mémoire) liées à la consommation d'alcool, HBSC et SMASH mentionnent encore des conséquences relationnelles et au niveau des relations sexuelles. Dans ces enquêtes, les conséquences individuelles englobent une diminution de performances, des pertes de valeurs (argent, etc.) ou encore des accidents et des blessures. Les problèmes relationnels comprennent les bagarres, les relations avec les amis, parents ou professeurs. Les relations sexuelles non protégées ou non voulues, ou encore les problèmes physiologiques, tel que les problèmes d'érection sont relevés comme étant un troisième type de conséquences possibles.

^a Le *binge drinking* est un mode de consommation d'alcool particulier qui traduit une consommation ponctuelle immodérée.

Les conséquences relevées dans ces enquêtes sont des conséquences rapportées par les consommateurs. Elles sont susceptibles de traduire une certaine prise de risques immédiats (bagarres, accidents, etc.). Les conséquences d'une consommation chronique ne sont guère détectables au moyen des indicateurs utilisés. Il reste que la diminution des performances scolaires citée dans SMASH est une manière d'appréhender cette catégorie de conséquences.

La dépendance au tabac est appréciée en fonction d'un indicateur de "délai avant la première consommation de la journée" chez les 15-74 ans. Les tentatives d'arrêt de la consommation figurent dans l'ESS et sont un autre moyen d'appréhender la dépendance.

Tableau 6 Indicateurs de conséquences

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Prévalence conséquences										
▪ niveau individuel		16-20	16-20							
		15-74								
▪ niveau relationnel		16-20	16-20							
▪ niveau sexuel		16-20	16-20							
Dépendance										
▪ prévalence délai 1 ^{ère} consommation	11-16	15-74								
	16-20									
	15-74									
▪ tentatives de cessation	15-74									
▪ AUDIT ^a		15-74								

6.2.5 Autres indicateurs /contexte

HBSC propose un indicateur qui lui est propre et qui se réfère à l'attitude des jeunes face à une offre de produits illicites, ce que l'on peut traduire comme une disposition à consommer. Cette question ne concernait en 1998 que le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines, alors que la dernière édition de l'enquête (2002) l'a étendue à toutes les substances illégales. HBSC investigate aussi les raisons qui poussent un jeune à consommer ou ne pas consommer de substances psychotropes.

En termes de contexte, l'ESS s'enquiert de l'exposition de la population générale au tabagisme passif.

^a Alcohol use disorders identification test : c'est un questionnaire développé par l'OMS afin d'identifier les personnes ayant une consommation d'alcool dommageable pour leur santé.

Tableau 7 Indicateurs autres / de contexte

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Contexte										
▪ accessibilité				14-16						
Autre										
▪ disposition à consommer				14-16	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16
▪ raisons de consommation	11-16	11-16		14-16	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16	14-16
▪ tabagisme passif	15-74									

6.3 LES ENQUÊTES SPÉCIFIQUES SUR LES COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Parmi les enquêtes transversales concernant des sujets plus spécifiques, certaines portent sur la consommation des substances psychotropes en général (ESPAD^a), d'autres sur la consommation de certaines substances particulières (monitoring tabac^b, enquête "Consommation d'alcool et imposition d'un taux unique sur les spiritueux en Suisse"^c, enquête de la campagne "ça débouche sur quoi ?"^d) et certaines ont pour objet d'autres problèmes de santé mais comportent néanmoins quelques questions sur la consommation de substances (EPSS^e). Une enquête sur le cannabis (enquête cannabis^f) a aussi été menée de manière ponctuelle. Finalement, une enquête sur la consommation de médicaments a aussi été effectuée au milieu des années 90^{g,16}.

Une distinction peut aussi être effectuée en relation avec la périodicité des enquêtes : certaines sont réalisées de manière périodique dans une optique de surveillance (ESPAD, monitoring tabac, EPSS) et d'autres sont réalisées à un moment donné autour d'une problématique ponctuelle (les enquêtes alcool, cannabis et médicaments).

ESPAD est une enquête internationale, répétée tous les quatre ans. Elle est menée aujourd'hui dans une trentaine de pays européens et la Suisse y a participé pour la première fois lors de la dernière édition en 2003. Quant au monitoring tabac, c'est une enquête annuelle, qui investigate

^a *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, mené à deux reprises (95, 99), mais sans participation de la Suisse.

^b Monitoring national sur la consommation de tabac réalisé par vagues successives, débuté en 2001 et devant se poursuivre jusqu'en 2006 au moins, et comprenant depuis 2002 des modules sur la consommation d'autres drogues.

^c Enquête transversale en deux vagues de collectes d'informations en 1999 et 2001.

^d Enquête transversale en deux vagues de collectes d'information en 1998 et 2000.

^e Evaluation de la prévention du Sida en Suisse (EPSS) : menée annuellement entre 1987 et 1992 et à trois reprises par la suite (94, 97, 00).

^f Enquête transversale réalisée en 2000 et portant sur les comportements et attitudes vis-à-vis de la consommation de cannabis.

^g Enquête réalisée en 1996-1997 et portant sur l'utilisation de divers médicaments dans la population suisse.

la consommation de tabac et les habitudes de consommation dans la population suisse. Elle comporte un module central systématique. Des modules supplémentaires relatifs à une question spécifique peuvent être ajoutés ponctuellement. En 2002, un module sur les jeunes (14-20 ans) et un module sur la fumée passive ont été réalisés.

Les deux enquêtes autour de la consommation d'alcool avaient quant à elles pour objectifs, pour l'une, de mettre en évidence les modifications au niveau des habitudes de consommation de la population engendrées par la baisse de prix liée au changement du taux d'imposition en 1999, et, pour l'autre, de répondre à des questions relatives à la consommation d'alcool à haut risque dans la population suisse en prévision de la campagne "ça débouche sur quoi". L'enquête spécifique sur le cannabis visait à connaître l'étendue de sa consommation ainsi que l'opinion de la population à propos de la politique suisse actuelle et des débats autour de la dépénalisation de la consommation de cannabis. Finalement, l'enquête sur les médicaments visait à identifier l'utilisation de somnifères, de tranquillisants, d'analgésiques, de stimulants, d'anorexigènes, de laxatifs et d'antitussifs, dans la population suisse.

6.3.1 Population

ESPAD cible la population des jeunes en milieu scolaire obligatoire qui vont avoir 16 ans dans l'année de l'étude. En Suisse, le choix des classes s'est fait par échantillonnage aléatoire de classes de 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} année, couvrant ainsi une tranche d'âge sensiblement plus large de 13 à 16 ans. Plus de 7'000 élèves ont ainsi été interrogés.

L'**enquête suisse sur le tabagisme** recense la consommation de tabac chez les personnes âgées de 14 à 65 ans domiciliées en Suisse. Chaque trimestre, ce sont 2500 personnes qui sont ainsi interrogées par téléphone. Un des modules supplémentaires en 2002 était notamment adressé aux **jeunes** (14-20 ans) et reprenait aussi quelques questions en rapport avec la consommation de cannabis. Un autre module supplémentaire était entièrement consacré au tabagisme passif.

L'**EPSS** est une enquête transversale téléphonique. Elle couvre la population âgée de 17 à 45 ans dans les ménages en Suisse. Elle est menée dans le cadre de l'évaluation de la stratégie de prévention du Sida en Suisse. Cependant, les données recueillies sur la consommation de substances psychotropes (héroïne, cocaïne et drogues douces) et sur les pratiques d'injection ne couvrent que la population âgée de 17 à 30 ans.

L'**enquête "Consommation d'alcool et imposition d'un taux unique sur les spiritueux en Suisse"** a consisté en un sondage téléphonique effectué en quatre vagues successives. Au cours de la première ce sont environ 4000 personnes qui ont participé. Pour la dernière vague, plus de 70% des personnes constituant l'échantillon initial ont répondu. L'enquête téléphonique a été complétée d'un questionnaire écrit auprès de 800 personnes de plus de 16 ans.

L'autre **enquête** centrée sur l'alcool a été réalisée en prévision de la campagne de prévention "**ça débouche sur quoi ?**". Elle visait la population suisse âgée de 15 à 74 ans. Elle s'est déroulée en trois sondages successifs (1600 personnes par vague).

Finalement, l'enquête spécifique sur le cannabis a concerné 1600 personnes et l'enquête sur les médicaments environ 3000 personnes âgées de 15 à 74 ans.

6.3.2 Usage de substances

ESPAD est l'enquête qui catégorise le plus les substances. Elles sont généralement toutes considérées de manière indépendante. Elle possède la particularité d'introduire les stéroïdes dans sa

liste, ainsi que deux types de multi-consommations fréquentes, le mélange alcool-pilules et le mélange alcool-cannabis. Quant au monitoring tabac, il couvre bien sûr l'usage du tabac, mais aussi celui du cannabis dans le module supplémentaire adressé aux jeunes.

Les indicateurs utilisés dans les enquêtes périodiques pour définir la consommation sont ceux qui se retrouvent dans les enquêtes générales sur les comportements en matière de santé, à savoir la prévalence à vie, celle au cours de l'année précédent l'enquête et la prévalence actuelle, exprimé en fonction d'une référence temporelle mensuelle. Le monitoring tabac, dans son module jeune, ajoute une période de référence "actuelle" pour le cannabis.

Les deux enquêtes supplémentaires concernant la consommation d'alcool ont quant à elles utilisés des indicateurs classiques de consommation (prévalence actuelle).

Tableau 8 Indicateurs d'usage de substances (ESPAD et monitoring tabac)

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Prévalence à vie	13-16	13-16		13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16
	14-65			14-20						
▪ dernière année		13-16		13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16
				14-20						
▪ dernier mois	13-16	13-16		13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16
▪ actuelle	14-65			14-20						

6.3.3 Patterns de consommation

Les indicateurs utilisés pour identifier la précocité de la consommation sont d'une part l'âge à la première consommation pour toutes les substances, ainsi que l'âge du début de la consommation régulière pour le tabac.

Parmi les indicateurs généraux de *patterns* de consommation, on retrouve la fréquence à vie, au cours de la dernière année ainsi que la fréquence de la consommation actuelle. Dans ce cas, la période de référence peut varier (mois, actuelle). ESPAD utilise l'indicateur à vie pour toutes les substances, alors que la fréquence durant l'année ne couvre que l'alcool, le cannabis et les solvants, et que la fréquence actuelle (mois) est identifiée pour les substances légales, ainsi que le cannabis et les solvants. Ces deux catégories de substances illégales bénéficient donc d'un statut particulier dans ESPAD. Quant au monitoring tabac, il utilise la fréquence actuelle.

Un autre indicateur général est le volume (quantité) de consommation. Pour le tabac, dans les deux enquêtes, le nombre de cigarettes consommées actuellement est demandé. Il faut toutefois relever que dans ce cas, la notion de quantité est indissociable de celle de fréquence puisque c'est le nombre de cigarettes quotidiennes qui est recherché. ESPAD s'intéresse quant à elle au volume d'alcool consommé au cours de la dernière occasion.

Les enquêtes ponctuelles autour de la consommation d'alcool visaient aussi à identifier les *patterns* de consommation. Plus précisément, l'enquête autour de la campagne "ça débouche sur

quoi" investiguait les consommations dites à risques. Elle a alors utilisé un indicateur spécifique du volume consommé, traduit en nombre de verres par jour pour chaque boisson alcoolisée.

Tableau 9 Indicateurs généraux de *patterns* de consommation (ESPAD et monitoring tabac)

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaine	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Précocité :										
▪ âge 1 ^{ère} consommation	13-16	13-16		13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16
				14-20						
▪ âge consommation rég.	13-16									
	14-65									
Fréquence de consommation										
▪ à vie	13-16	13-16		13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16	13-16
▪ au cours de la dernière année		13-16		13-16						
				14-20						
▪ au cours du dernier mois	12-16	13-16		13-16						
▪ actuelle	14-65	14-65								
Volume de consommation										
▪ au cours de la dernière occasion		13-16								
▪ au cours du dernier mois	13-16									
▪ actuel	14-65									

Les indicateurs de *patterns* spécifiques sont à nouveau liés en particulier à la consommation d'alcool et de substances potentiellement injectables. Ces *patterns* sont liés à des risques spécifiques.

Pour l'alcool, ESPAD identifie une consommation importante (définie comme 5 verres et plus) ayant lieu au cours d'une période temporelle limitée ("*in a row*"). C'est la fréquence de ce *pattern* qui est recherchée au cours du dernier mois. Quant à l'état d'ébriété, ce type de consommation excessive est passablement investigué dans ESPAD, puisqu'elle identifie la fréquence de cet état au cours de la vie, de l'année et actuellement. Elle demande aussi le nombre de verres nécessaires à produire cet état.

Le mode de consommation est quant à lui uniquement investigué auprès de 14-16 ans et ne recense que la prévalence de l'injection pour les drogues illégales. On peut ajouter que l'EPSS, même si elle ne porte pas particulièrement sur la consommation de psychotropes, identifie, elle aussi la prévalence à vie de l'injection et ce, dans une population complémentaire (17-30 ans) à celle couverte par ESPAD.

Tableau 10 Indicateurs de *patterns* de consommation spécifiques (ESPAD et monitoring tabac)

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Fréquence état d'ébriété										
▪ vie		13-16								
▪ dernière année		13-16								
▪ dernier mois		13-16								
Nombre de verres nécessaires										
▪ âge 1 ^{ère} ébriété		13-16								
Fréquence <i>binge drinking</i>										
▪ dernier mois		13-16								
Mode de consommation										
▪ injection à vie			13-16							
			17-30							
▪ au cours de la dernière année			13-16							
▪ au cours du dernier mois			13-16							

6.3.4 Conséquences de la consommation

En termes de conséquences, c'est surtout la dépendance au tabac qui est mise en évidence dans le monitoring qui lui est consacré. ESPAD, quant à elle, aborde la question des conséquences sous deux angles différents. D'une part, elle évoque les bagarres, les pertes d'objets, les relations avec les proches ou encore les relations sexuelles non voulues ou non protégées consécutives à une consommation d'alcool ou de drogues (ou de la combinaison de deux). D'autre part, elle renvoie aux conséquences potentielles ou aux risques encourus par la consommation de substances ou suite à certains comportements, et ce sous l'angle de la perception qu'en ont les jeunes.

Tableau 11 Indicateurs de conséquences

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Prévalence conséquences										
▪ niveau individuel		13-16	13-16							
▪ au niveau relationnel		13-16	13-16							
▪ au niveau des relations sexuelles		13-16	13-16							
▪ risques perçus	13-16	13-16	13-16							
Dépendance										
▪ prévalence délai 1 ^{ère} consommation	14-65									
▪ tentatives de cessation (prévalence, raisons, désir, méthodes)	14-65									
	14-20									

6.3.5 Autres indicateurs / contexte

ESPAD tient compte, et ce beaucoup plus que toute autre enquête transversale, du contexte dans lequel se déroule la consommation, que ce soit le lieu, la façon dont les produits sont obtenus, les risques perçus ou encore la consommation de l'entourage proche. ESPAD est aussi la seule qui cherche à caractériser l'initiation à la consommation de substances psychotropes.

Quant au monitoring tabac, il s'intéresse, dans son module jeune, aux raisons de la consommation et à l'entourage des jeunes. L'impact des campagnes de prévention est aussi mesuré dans le module de base, alors que le module sur les jeunes prend en compte les activités de prévention au niveau scolaire.

Tableau 12 Indicateurs autres / de contexte

	Tabac	Alcool	Illégales	Cannabis	Héroïne	Cocaine	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
Contexte										
▪ lieu		13-16								
	14-65									
▪ accessibilité	14-20	13-16	13-16	13-16						
▪ entourage	13-16	13-16	13-16							
	14-20									
Autre										
▪ drogue d'entrée			13-16							
▪ raisons de consommer	14-20		12-16							

6.4 SYNTHÈSE DES ENQUÊTES GÉNÉRALES ET SPÉCIFIQUES SUR LES COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les enquêtes dont il a été question jusqu'ici sont pour la plupart des enquêtes réalisées de manière périodique. SMASH possède toutefois un statut particulier. En effet, cette enquête dont la première édition a eu lieu en 1992, n'a été renouvelée qu'à une seule reprise 10 ans après.

Il existe aussi d'autres enquêtes réalisées sur un mode plus ponctuel et répondant à une problématique particulière. Il n'est pas possible de donner le même poids à toutes les enquêtes. En effet, du fait de leur périodicité limitée, les secondes ne constituent pas des instruments de surveillance au sens propre du terme. Elles produisent néanmoins des informations pouvant servir la surveillance, ne serait-ce que pour corroborer celles émanant des enquêtes périodiques.

6.4.1 Population

Les trois enquêtes visant les comportements de santé en général couvrent la population de 11 à 74 ans, voire 14-64 en ce qui concerne les drogues illégales. La population jeune est plus particulièrement couverte puisque deux de ces enquêtes s'y intéressent spécifiquement, HBSC

(11-16 ans) et SMASH (16-20 ans). De plus, l'ESS englobe aussi les jeunes à partir de 15 ans dans sa population cible.

L'enquête ESPAD est une enquête spécifique pour la surveillance des comportements en matière de consommation de psychotropes. Elle s'adresse à une population (13-16 ans) qui est déjà touchée par les enquêtes générales citées ci-dessus. Quant au monitoring tabac, il complète les données sur le tabagisme obtenues dans ces mêmes enquêtes et dans ESPAD. Il couvre une population presque similaire à celle de l'ESS (15-74) avec le module de base (14-65). Le module jeune, lui, s'adresse aux 14-20 ans. En somme, ce monitoring permet d'ajouter un nouvel ensemble de données pour les adolescents et jeunes adultes, et de compléter les données de l'ESS pour les adultes.

Les trois enquêtes menées auprès des jeunes sont principalement réalisées en milieu scolaire obligatoire. HBSC s'intéresse aux plus jeunes écoliers, alors qu'ESPAD permet d'atteindre les adolescents avant qu'ils ne quittent l'école obligatoire et se dirigent vers différentes filières de formation et d'emploi. Quant à SMASH, une partie de son échantillon est composé de jeunes qui sont dans des filières de formation professionnelles. En résumé, si ces enquêtes ont tendance à se chevaucher en termes de classes d'âge, elles sont complémentaires en termes de *settings*.

Les deux autres enquêtes réalisées auprès de la population générale procèdent quant à elles par entretiens téléphoniques.

6.4.2 Usage de substances

Les différentes enquêtes décrites dans ce chapitre couvrent les principales substances et catégories de psychotropes en circulation. Cependant, la façon de classer les substances dans les catégories ne semble pas toujours claire.

Les enquêtes s'adressant plus particulièrement aux jeunes sont celles qui diversifient le plus les catégories et c'est ESPAD qui en comptabilise le plus grand nombre. En général, toutes les enquêtes adoptent une catégorisation relativement claire pour les substances que sont le tabac, l'alcool, le cannabis, l'héroïne et la cocaïne. Toutefois, HBSC précise différents noms possibles pour les dérivés du cannabis (joint, shit, herbe, cône, marijuana, haschich), de même qu'elle associe l'opium et la morphine à l'héroïne. La méthadone, quant à elle, ne figure ni dans HBSC ni dans ESPAD alors qu'elle est présente dans l'ESS et dans SMASH.

Une plus grande variabilité apparaît lorsque l'on regarde des classes comme les stimulants et les hallucinogènes. En effet, l'ecstasy et les amphétamines sont systématiquement distinguées, sauf dans SMASH qui crée une grande catégorie comprenant l'ecstasy, les pilules thaï, le *speed*, les *designer drugs* et les autres stimulants. Pour les hallucinogènes, les enquêtes sont à nouveau partagées. Si HBSC et ESPAD dissocient le LSD des champignons hallucinogènes, l'ESS et SMASH en font une seule catégorie. L'ESS précise que ce sont le LSD, la psilocybine et la mescaline qui entrent dans cette catégorie, alors que SMASH groupe uniquement le LSD et les champignons.

HBSC, SMASH et ESPAD ajoutent encore des catégories telles que colles et solvants ou médicaments pour se droguer. SMASH et ESPAD comportent encore le GHB et les tranquillisants sans ordonnance, alors que seule ESPAD introduit les stéroïdes ainsi que deux types de multi-consommations fréquentes, le mélange alcool-pilules et le mélange alcool-cannabis. Quant au monitoring tabac, il couvre bien sûr l'usage du tabac, mais aussi celui du cannabis dans le module supplémentaire adressé aux jeunes.

Les enquêtes ciblant les comportements généraux en matière de santé (ESS, HBSC, SMASH) ainsi que ESPAD possèdent en outre, en ce qui concerne la consommation de psychotropes, une catégorie "autre", laissant la liberté au répondant de signaler une nouvelle substance ou une façon différente d'identifier une substance déjà citée dans l'enquête.

Les principaux indicateurs utilisés pour identifier la consommation de substances sont la prévalence à vie, au cours de la dernière année, ainsi que la prévalence actuelle. Cette dernière peut être exprimée en fonction de différentes périodes de référence : au cours du dernier mois, de la dernière semaine ou simplement actuellement.

6.4.3 *Patterns* de consommation

La consommation précoce de substances psychotropes est un indicateur systématiquement présent dans les enquêtes. Il peut se traduire en termes d'âge à la première consommation (drogues illégales) ou d'âge du début de la consommation régulière (tabac).

Lorsque l'on parle de *patterns* de consommation, on constate que ce que cette variable est liée à la substance considérée. En effet, pour le tabac, on s'intéressera principalement à la quantité de cigarettes par jour, alors que pour l'alcool le volume absorbé est généralement associé à diverses notions de fréquences et de périodes. Dans le cas des drogues illégales on cherchera à identifier la fréquence de la consommation à vie et actuelle.

En ce qui concerne le tabac, toutes les enquêtes sans exception abordent la question du volume (quantité) de consommation. C'est en général le nombre de cigarettes par jour qui est l'information recueillie, ce qui traduit implicitement une notion de fréquence. Chez les plus jeunes cependant cette quantité est exprimée en fonction de la quantité hebdomadaire.

Pour l'alcool, la fréquence de la consommation apparaît dans toutes les enquêtes, quels que soient les âges ciblés. Cependant, ce sont les périodes de référence qui sont relativement variables. De même, les items utilisés pour catégoriser les fréquences sont souvent sujets à variation (nombre total de fois au cours de la période ou une fois, plusieurs fois, souvent, par exemple). La fréquence de consommation à vie n'apparaît que dans ESPAD, alors que la fréquence au cours de la dernière année est présente dans l'ESS et ESPAD. Pour ce qui est de la fréquence de consommation actuelle, toutes les enquêtes utilisent le terme "actuel" sans plus de précision, alors que ESPAD ajoute encore le mois et l'ESS la semaine comme période de référence.

La question du volume de consommation est beaucoup moins souvent abordée dans les enquêtes. L'ESS s'enquiert du nombre de verres consommés au cours de chaque occasion (pour la semaine et l'année). Sinon, parmi les enquêtes spécifiquement adressées aux jeunes, seule ESPAD identifie le volume consommé au cours de la dernière occasion. Il faut encore ajouter que l'enquête spécifique réalisée autour de la campagne "ça débouche sur quoi" cherchait à identifier la consommation habituelle en nombre de verres par jour.

En ce qui concerne les indicateurs de *patterns* de consommation spécifiques, ils se rapportent soit à une consommation d'alcool excessive (*binge drinking* et ébriété), soit au mode d'administration dans le cas de drogues illégales injectables.

Les indicateurs de consommation excessive sont plus présents dans les enquêtes ciblant les jeunes. Si le *binge drinking* n'est pas un comportement investigué chez les plus jeunes (11-16 ans), il l'est dans toutes les autres enquêtes. En revanche, l'état d'ébriété, qui peut-être une indication d'un usage inapproprié précoce, est bien présent dans toutes les enquêtes auprès des 11-20 ans, alors qu'il ne figure pas dans l'ESS.

Comme pour les indicateurs généraux de *patterns* de consommation, les périodes de référence sont variables. Si SMASH et l'ESS utilisent la fréquence du *binge drinking* au cours de l'année, ESPAD utilise la fréquence actuelle de ce *pattern* (au cours du dernier mois). On peut encore relever que la quantité standard utilisée généralement pour définir le *binge drinking* (5 verres et plus) est supérieure dans l'ESS (8 verres et plus). Quant à la fréquence de l'état d'ébriété, elle se rapporte à la vie, à la dernière année ou au dernier mois.

6.4.4 Conséquences

Les conséquences relevées par ces enquêtes sont de fait toutes des conséquences rapportées par les consommateurs. Le plus souvent, elles traduisent des suites directes de la consommation (accidents, bagarres, perte d'objet, relations sexuelles non voulues, etc.). Cependant, certains des items se réfèrent à des conséquences plus chroniques de la consommation (diminution des performances scolaires, problèmes relationnels).

6.4.5 Autres indicateurs / contexte

ESPAD et le monitoring tabac portent spécifiquement sur la consommation de substances. Ces deux enquêtes insistent sur le contexte entourant la consommation, que ce soit en termes d'accessibilité aux produits pour les jeunes, d'entourage (parents, famille, école) ou d'initiation.

6.5 LES ENQUÊTES/ STATISTIQUES SUR LES COMPORTEMENTS AU SEIN DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Certaines populations, et plus particulièrement des populations qui sont susceptibles d'être exposées à des risques particuliers en matière de santé, nécessitent le développement d'enquêtes spécifiques.

L'enquête auprès de la **clientèle des SBS**^a est une enquête dont l'objectif est d'évaluer la prévention du Sida chez les usagers de drogue au sein des SBS. Elle vise aussi à identifier les caractéristiques des utilisateurs des SBS et de suivre dans le temps des indicateurs de gravité des problèmes liés à la consommation de drogue.

Quant aux statistiques de traitement, elles reflètent l'évolution des traitements et de la population concernée dans le domaine de la consommation de substances illégales et d'alcool particulièrement. Ce sont FOS^b, la statistique méthadone^c, PROVE/HeGeBe^d, SAMBAD^e et

^a Enquête nationale auprès des usagers des centres à bas-seuil d'accessibilité distribuant des seringues : réalisée à quatre reprises (93, 94, 96, 00)

^b Statistique de la Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS) : depuis 1995.

^c Statistique nationale des traitements à la méthadone, systématique depuis 1999.

^d Suivi des traitements de prescription médicale d'héroïne (HeGeBe) depuis l'introduction de cette forme de traitement en 1994, d'abord sous la forme d'une étude (PROVE) puis sous la forme d'un monitoring.

^e Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue (SAMBAD) : depuis 1995.

SAKRAM/ CIRSA^a. Aujourd'hui, le projet Act-Info^b tend à les harmoniser et à faciliter la récolte de données.

Pour l'instant, il n'existe pas à notre connaissance de statistique des traitements en ce qui concerne le tabac en particulier.

6.5.1 Populations

La population couverte par l'enquête SBS et celles des statistiques de traitement sont sensiblement différentes, bien que toutes deux représentent les personnes pour lesquelles la consommation de substances psychotropes engendre des conséquences importantes, que ce soit en termes sanitaires ou sociaux.

L'enquête bas-seuil touche une population marginalisée, non atteinte par les enquêtes en population générale et qui ne fait souvent pas appel aux structures thérapeutiques. Cette population est généralement une population d'injecteurs, exposée aux risques particuliers liés à un tel mode de consommation. L'enquête couvre une population qui peut être considérée comme représentative de celle fréquentant habituellement les structures à bas-seuil d'accessibilité.

Les statistiques de traitement, quant à elles, fournissent des données concernant la population des personnes en traitement. Elles ne peuvent être exhaustives puisque le taux de couverture est passablement variable pour les différentes statistiques qui s'intègrent dans Act-Info.

6.5.2 Usage de substances

Du fait de son objectif et de la population à laquelle elle s'adresse, l'enquête dans le bas-seuil ne relève que la consommation de substances potentiellement injectables. Elle utilise alors les indicateurs classiques de prévalence à vie, ainsi que de prévalence actuelle (au cours du dernier mois).

Le questionnaire central Act-Info cherche à mettre en évidence quel est le problème principal de consommation (ou de comportements assimilables à une addiction) qui amène le patient à demander un traitement. Une question se rapporte aux autres substances consommées, pour lesquelles la prévalence actuelle va être investiguée (au cours du dernier mois). Dès lors, la statistique commune Act-Info permet d'avoir la prévalence de la consommation de n'importe quelle substance en tant que problème principal, ainsi que de toute substance en tant que consommation parallèle.

On peut remarquer que, si pour l'instant le *core questionnaire* fait partie intégrante de FOS, SAMBAD et SAKRAM/CIRSA, ce n'est pas encore le cas pour HeGeBe ou la statistique méthadone. En attendant, les catégories de substances ne sont pas comparables entre les deux groupes de questionnaires.

^a Statistique nationale des traitements résidentiels de l'alcoolodépendance (Conférence des Institutions Romande spécialisées en alcoologie (CIRSA)/ Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentabhängige (SAKRAM)) : depuis 1984.

^b La statistique Act-Info fonctionne avec un questionnaire de base, *core questionnaire*, auquel les différentes statistiques intégrées peuvent ajouter des questions supplémentaires répondant ainsi à leurs propres besoins. Voir annexes pour plus de détails.

Tableau 13 Indicateurs d'usage de substances

	Général	Tabac	Alcool	Ivresse	Cocktails	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Benzodiazépines	Solvants	Méthadone	Autre	Mélange
Prévalence															
▪ à vie					SBS		SBS	SBS			SBS				
▪ dernier mois		AI	AI	H	SBS AI	AI	SBS AI	SBS AI	AI	AI	SBS AI	AI	AI	AI	AI
▪ actuelle															SBS
H	HegeBe														
SBS	enquête bas-seuil														
AI	Act-Info														

6.5.3 Patterns de consommation

Il faut rappeler ici que l'objectif de l'enquête SBS est d'évaluer la prévention de la transmission du VIH chez les usagers de drogue par injection. Dès lors, c'est autant la fréquence de consommation que les épisodes de consommation à risque qui sont mis en évidence au moyen des indicateurs utilisés. Les prises de risque sont alors estimées au moyen d'indicateurs relatifs au partage du matériel d'injection et au partage du matériel servant à préparer l'injection.

Les offres de traitement actuelles sont principalement orientées sur les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'héroïne, voire de cocaïne. Dès lors, les indicateurs de prise de risque figurant dans les questionnaires concernent la consommation d'alcool à risque, ainsi que les problèmes liés au mode de consommation qu'est l'injection. Il faut noter que les questions autour de l'injection font partie du questionnaire central Act-Info, alors que la consommation d'alcool à risque ne se retrouve que dans SAMBAD et SAKRAM/CIRSA.

Tableau 14 Indicateurs de *patterns* de consommation généraux

	Général	Tabac	Alcool	Ivresse	Cocktails	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Benzodiazépines	Solvants	Méthadone	Autre	Mélange
Précocité															
▪ âge 1 ^{ère} consommation					SBS		SBS	SBS			SBS				
▪ âge consommation régulière		AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI
▪ âge consommation problématique		AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI
Fréquence															
▪ au cours des 6 derniers mois		AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI
▪ au cours du dernier mois		AI	AI	AI	AI SBS	AI	AI SBS	AI SBS	AI	AI	AI SBS	AI	AI	AI	AI

Consommation régulière					
▪ prévalence		SBS	SBS	SBS	SBS
▪ nombre d'années		SBS	SBS	SBS	SBS

SBS enquête bas-seuil
AI Act-Info

Tableau 15 Indicateurs de *patterns* de consommation spécifiques

	Général	Tabac	Alcool	Ivresse	Cocktails	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Benzodiazépines	Solvants	Méthadone	Autre	Mélange
Mode de consommation															
▪ à vie									SBS						
▪ au cours des 6 derniers mois		AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI
▪ au cours du dernier mois		AI	AI	AI	AI SBS	AI	AI SBS	AI SBS	AI	AI	AI SBS	AI	AI	AI	AI
Prévalence injection															
▪ à vie		AI SBS													
▪ au cours des 6 derniers mois		AI SBS													
▪ au cours du dernier mois		AI													
▪ nbre injections dernière semaine		SBS													
Partage du matériel d'injection															
▪ au cours des 6 derniers mois		SBS													
▪ lors de la dernière occasion		SBS													
Partage du matériel de préparation															
▪ au cours des 6 derniers mois		SBS													

6.5.4 Conséquences de la consommation

Les principaux indicateurs relatifs à l'état de santé des usagers des SBS et des personnes en traitement se rapportent à leur sérologie pour les virus du Sida et des hépatites A, B et C. Il faut préciser ici qu'en ce qui concerne les statistiques, ce ne sont pas des indicateurs présent dans le core questionnaire Act-Info, mais que ce sont des questions supplémentaires ajoutées par les différentes statistiques intégrées. SAKRAM s'intéresse encore à la prévalence rapportée de maladies chroniques telles que la cirrhose, les cancers ou encore les cardiopathies.

En termes de conséquences sociales, c'est principalement le niveau d'insertion qui est investigué au moyen de deux indicateurs, l'un se rapportant aux sources de revenu et l'autre au logement.

La statistique SAKRAM, qui est celle qui concerne les traitements résidentiels pour les personnes dépendantes à l'alcool ou aux médicaments, utilise encore le test AUDIT pour identifier le niveau de dépendance des personnes en traitement.

Tableau 16 Indicateurs de conséquences

	Général	Tabac	Alcool
Overdoses			
▪ prévalence à vie	SBS		
▪ nombre d'OD	SBS		
▪ nombre d'OD avec recours médical	SBS		
Sanitaires			
▪ prévalence test VIH	SBS ∇ H f M		
▪ sérologie VIH	SBS ∇ H f M		
▪ prévalence test VHA	H		
▪ sérologie VHA	H		
▪ prévalence vaccination VHA	H		
▪ prévalence test VHB	SBS ∇ H M		
▪ sérologie VHB	SBS ∇ H M		
▪ prévalence vaccination VHB	SBS H M		
▪ prévalence test VHC	SBS ∇ H M		
▪ sérologie VHC	SBS ∇ H M		
▪ maladies chroniques (cirrhose, cancers, cardiopathies, etc.)	Σ	Σ	Σ
Rapport avec la police/justice			
▪ contrôle de police au cours du dernier mois	SBS		
▪ prévalence condamnation à vie	SBS		
▪ prévalence à vie emprisonnement	SBS		
Au niveau individuel			
▪ bagarres, perte de maîtrise de soi, perte de mémoire, etc.			Σ
Insertion			
▪ source de revenu	SBS AI		
▪ logement	SBS AI		
Dépendance		Σ	∇Σ

SBS enquête bas-seuil
 AI Act-Info
 H HegeBe
 ∇ SAMBAD
 Σ SAKRAM/CIRSA
 M méthadone
 f FOS

6.5.5 Autres indicateurs / contexte

Il faut noter que les statistiques de traitement constituent de fait un indicateur d'utilisation des services et de prise en charge. En fait, tout en gardant à l'esprit le fait que ces statistiques ne sont pas exhaustives, elles quantifient le nombre de personnes en traitement et permettent d'identifier le profil des usagers. Quant à l'enquête SBS, elle utilise un indicateur de prise en charge, à savoir la proportion des personnes en traitement.

6.6 LES STATISTIQUES DE MORBIDITÉ ET DE MORTALITÉ

Différentes statistiques spécifiques et surtout non spécifiques renseignent sur les conséquences à court ou à long terme de la consommation de substances psychotropes. Ce sont les statistiques de morbidité et de mortalité, ainsi que les statistiques relatives aux accidents de la route.

La **statistique médicale** des hôpitaux s'inscrit dans un projet plus large qui tend à couvrir l'intégralité du domaine intra-muros, nommé "Statistiques des établissements de santé". Le relevé des données concernant les diagnostics et les opérations chez les patients hospitalisés fait partie d'un des 4 axes principaux de ce projet. **H+ Statistiques hospitalières** (anciennement VESKA) collecte le matériel statistique dans les domaines "médecine" (diagnostics et opérations) et "administration" (nombre de lits, sorties, journées d'hospitalisation, effectif du personnel, comptabilité financière). La statistique médicale possède un caractère obligatoire, ce qui sous-entend que les tous hôpitaux, publics et privés, sont tenus de déclarer tous les diagnostics et opérations concernant les patients qui séjournent plus de 24 heures dans l'établissement. Actuellement, cette statistique a une couverture d'environ 85%. Les maladies annoncées sont classées selon la classification internationale des maladies 10^{ème} édition (ICD-10).

Il n'existe pas en Suisse de **registre national des tumeurs**. En revanche, neuf cantons en possèdent aujourd'hui un (Vaud, Valais, Genève, Neuchâtel, Tessin, Bâle, Zürich, St Gall - Appenzell, Grisons). Un dixième pourrait voir le jour bientôt à Fribourg. Réunis, ils couvrent un peu près moitié de la population nationale. Légalement, la déclaration des tumeurs n'est pas obligatoire. Seul le Tessin possède un texte de loi contraignant à ce sujet. Cependant, malgré le caractère volontaire de la déclaration, on estime que la couverture est supérieure à 90%, du moins pour le canton de Vaud. Les tâches de ces registres sont d'établir la fréquence des nouveaux cas ainsi que celle des décès dus à des cancers. Les données sources sont celles transmises par les médecins traitants, les hôpitaux, les laboratoires, ainsi que les certificats de décès (récoltés par l'Office

^a Enquête nationale auprès des usagers des centres à bas-seuil d'accessibilité distribuant des seringues : réalisée à quatre reprises (93, 94, 96, 00).

^b Statistique de la Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS) : depuis 1995.

^c Statistique nationale des traitements à la méthadone, systématique depuis 1999.

^d Suivi des traitements de prescription médicale d'héroïne (HeGeBe) depuis l'introduction de cette forme de traitement en 1994, d'abord sous la forme d'une étude (PROVE) puis sous la forme d'un monitoring.

^e Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue (SAMBAD) : depuis 1995.

^f Statistique nationale des traitements résidentiels de l'alcoolodépendance (Conférence des Institutions Romande spécialisées en alcoologie (CIRSA)/ Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentabhängige (SAKRAM)) : depuis 1984.

fédéral de la statistique (OFS), cf. ci-dessous). Les facteurs de risques associées ne figurent pas systématiquement dans ces registres.

Le VIH/Sida est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire depuis 1987, consignée dans la **statistique VIH/Sida**. Les laboratoires de dépistage sont tenus de transmettre une déclaration initiale à l'OFSP, comprenant le sexe, la date de naissance et les initiales de l'individu. L'OFSP envoie par la suite un formulaire de déclaration complémentaire au médecin traitant qui doit permettre d'établir la voie d'infection la plus probable. Les données contenues dans ce formulaire complémentaire sont de nature socio-démographique, ainsi que clinique (date premier test de dépistage, facteurs de risque de transmission, éventuellement les symptômes). Si le taux de déclaration des tests positifs est de l'ordre de 100%, le taux de déclarations complémentaire de la part des médecins est inférieur, de l'ordre de 80%.

Les **décès**, et en particulier ceux liés à la consommation de drogues illégales, se trouvent répertoriés dans plusieurs statistiques, indépendantes les unes des autres et toutes mises en œuvre par des organismes différents. Ce sont la statistique des causes de décès réalisée par l'OFS, la statistique des décès liés au Sida tenue par l'OFSP et les décès dus aux drogues relevés par la police.

Une **statistique des causes de décès** existe en Suisse depuis plus d'un siècle. Cette statistique est supposée exhaustive puisque le médecin ayant constaté le décès est tenu d'en faire la déclaration. Il est tenu d'apposer la cause du décès avec toutes les précisions nécessaires (par ex. lorsqu'il s'agit de substances psychotropes) sur une fiche contenant déjà les indications relatives au patient. Les données sont ensuite centralisées à l'OFS. Les décès dus aux drogues illégales sont consignés et publiés par la police. Cependant, c'est un indicateur qui ne comprend que les morts violentes (overdoses mortelles, accidents, suicide, etc.). Dès lors, il manque d'exhaustivité, puisque les décès liés par exemple à l'infection par le VIH ne sont pas comptabilisés. Par ailleurs, la méthodologie utilisée pour attribuer un décès à la consommation de drogues illégales n'est actuellement pas claire.

Le Bureau pour la prévention des accidents (BPA) tient une **statistique des accidents**, et en particulier des **accidents de la route** probablement dus à une alcoolémie trop élevée. Il s'appuie pour ce faire sur une base de données émanant de l'OFS, elle-même restituant le contenu de protocoles d'accidents complétés par la police. Sur ce protocole figure d'une part quelles ont été les conséquences de l'accident pour la (ou les) victimes, à savoir s'il y a eu décès (compris comme une survivance n'excédant pas 30 jours) ou blessures. Si la police a jugé nécessaire de le faire, le taux d'alcoolémie est mesuré dans le sang de la personne incriminée et reporté sur le protocole. C'est donc là une source d'informations en rapport avec une conséquence potentielle (accident) liée spécifiquement à la consommation de psychotropes. Pour l'instant, le protocole ne mentionne pas si d'autres substances sont présentes dans le sang de la victime.

6.7 SYNTHÈSE DES ENQUÊTES/STATISTIQUES SUR LES COMPORTEMENTS AU SEIN DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES ET DES STATISTIQUES DE MORBIDITÉ/MORTALITÉ

Par rapport aux enquêtes citées précédemment dans ce chapitre, l'enquête menée dans le bas-seuil, les statistiques de traitement ainsi que les différents outils enregistrant la morbidité et la mortalité liées à la consommation de substances psychotropes servent avant tout à la surveillance des dommages et conséquences liées à un comportement en matière de santé. Toutefois, ces outils peuvent aussi servir à d'autres fins, comme la surveillance de l'offre

sanitaire ou, dans certains cas, la surveillance des comportements dans certaines populations particulières.

La plupart des outils cités ici, à l'exception de l'enquête bas-seuil, fonctionnent sur un mode de relevé continu.

6.7.1 Populations

Les outils présentés ici permettent, pour certains, d'appréhender la consommation et ses conséquences dans une population spécifique, consommatrice. D'autres s'adressent à la population générale.

L'enquête menée dans le bas-seuil est un instrument qui fait partie du système de surveillance du VIH/Sida en Suisse. Elle permet d'améliorer la couverture et la sensibilité de la surveillance des comportements en matière de consommation de psychotropes en s'intéressant à la situation spécifique de l'une des populations les plus marginalisées dans ce domaine.

Les statistiques de traitement permettent quant à elles d'évaluer la situation dans une autre population spécifique, marginalisée elle aussi. Ce sont les consommateurs dépendants de drogues illégales et d'alcool, qui font l'objet d'une prise en charge par les institutions de traitement, résidentielles ou ambulatoires, ainsi que par les médecins installés en cabinet (dans le cas de la méthadone et de la buprénorphine).

Quant aux autres sources de données, statistiques médicales, registres de tumeurs, statistiques de décès, elles couvrent la plupart des régions du pays.

6.7.2 Usage de substances

L'identification de l'usage de substances n'est pas le premier objectif de ces instruments. Ils ont plutôt pour vocation d'évaluer ou de permettre d'évaluer la morbidité, la mortalité ainsi que les conséquences sociales de la consommation de substances psychotropes.

L'enquête bas-seuil et les statistiques de traitement récoltent toutefois des données d'usage de substances auprès des populations qui les fréquentent. Dans le bas-seuil, ce sont les substances potentiellement injectables (héroïne, cocaïne, cocktails, benzodiazépines) dont l'usage est identifié. Les indicateurs utilisés sont ceux de la prévalence à vie et de la prévalence actuelle, qui se réfère au dernier mois. Les statistiques de traitement abordent l'usage de psychotropes d'une autre manière. C'est d'abord la substance (ou le comportement) qui est au centre du problème de dépendance qui est identifié. Dans un deuxième temps, la prévalence de la consommation actuelle (au cours du dernier mois) est investiguée pour toute une série de substances (alcool, cocktails, héroïne, méthadone, autres opiacés, cocaïne, crack, amphétamines, MDMA, autres stimulants, barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères, LSD, autres hallucinogènes, solvants, cannabis, tabac).

Ces deux outils permettent ainsi de compléter les données obtenues dans les enquêtes en population générale, et ce, auprès de populations spécifiques de consommateurs.

6.7.3 *Patterns* de consommation

L'enquête SBS utilise des indicateurs de *patterns* de consommation, mais ce uniquement en lien avec la population qui l'intéresse, à savoir les consommateurs par injection. Cela ne concerne donc pas toutes les substances. Cependant, étant une enquête en milieu spécifique, elle apporte

des informations utiles sur cette population. Elle est la seule à amener des indications sur les prises de risque autour du mode d'administration qu'est l'injection. Par ailleurs, elle est aussi la seule à identifier d'autres modes de consommation que l'injection.

Quant aux statistiques de traitement, seule la substance (ou le comportement) considéré comme problème principal fait l'objet d'indicateurs de *patterns* de consommation. En premier lieu figurent des indicateurs de précocité (âge de la 1^{ère} consommation, âge du début de la consommation régulière et âge du début de la consommation problématique). Ensuite, c'est la fréquence de l'usage au cours des 6 derniers mois et au cours du dernier mois qui sont investiguées.

6.7.4 Prise en charge

Les statistiques de traitement servent à la surveillance de l'offre de prise en charge existante en Suisse. Elles permettent en outre d'évaluer son utilisation.

Les statistiques de traitement couvrent les institutions ambulatoires et résidentielles destinées aux consommateurs d'alcool et de drogues illégales, voire de médicaments (SAKRAM). Pour les drogues illégales, les différents types de traitement sont aussi couverts (prescription d'héroïne, substitution avec la méthadone ou le Subutex[®], autres traitement médicamenteux, sevrage). Il faut noter que les médecins traitants participent aussi aux statistiques de traitement, du moins en ce qui concerne la méthadone. En effet, dans ce cas précis, la statistique consigne les demandes d'autorisations de traitement émanant tant d'institutions que de médecins de pratique privée.

Il faut noter qu'à notre connaissance, aucune statistique de ce type n'existe pour le tabac.

En termes de couverture des institutions et d'exhaustivité des données, la situation est très variable en fonction de l'instrument statistique.

6.7.5 Conséquences de la consommation

Les conséquences liées à la consommation de produits psychotropes apparaissent de deux manières dans les outils tels que l'enquête bas-seuil, Act-Info ou encore les différentes statistiques de morbidité et de mortalité.

Les deux premiers (enquête bas-seuil, Act-Info) sont basés sur les déclarations des usagers ou des patients fréquentant les institutions participantes. Les informations recueillies relèvent autant du domaine sanitaire (sérologie principalement) que du domaine social (revenu, domicile). Les statistiques de traitement évaluent aussi le niveau de dépendance de leurs patients au moyen de plusieurs indicateurs, et ce plus spécifiquement pour l'alcool.

Les autres sources (statistiques hospitalières, statistiques des causes de décès, statistiques des décès dus à la drogue, registres des tumeurs) produisent des données émanant des déclarations (obligatoires ou volontaires) de médecins, hôpitaux, de la police. Ce sont soit des conséquences spécifiquement attribuables à la consommation de psychotropes (accidents, overdoses, etc.) soit des conséquences non spécifiques (cancer, cirrhose, VIH/Sida, etc.) qui sont alors évoquées. Ces dernières doivent être soumises à analyse si l'on veut pouvoir les mettre en lien avec une consommation de substances psychotropes.

6.8 AUTRES INSTRUMENTS

Pour ce qui est des substances psychotropes légales et des médicaments, les statistiques de production et de commerce permettent d'avoir une indication sur la consommation moyenne en Suisse de telles substances. Pour les substances illicites, on peut utiliser les données de la police concernant les saisies et les dénonciations pour consommation et trafic pour essayer de suivre l'évolution de la diffusion des substances.

La **Régie fédérale des alcools** (RFA) est chargée de l'application de la législation sur l'alcool. La RFA publie des données statistiques sur la production d'alcool distillé en Suisse, sur l'importation et l'exportation de produits spiritueux et sur la consommation moyenne par habitant en Suisse.

La **Communauté de l'industrie suisse de la cigarette** (CISC) est composée de trois membres : British American Tobacco, Philip Morris et JT International. Elle fournit des données statistiques sur les ventes et l'exportation, ainsi que sur la production de tabac en Suisse. A partir de ces données (par combinaison avec d'autres), il est possible d'estimer la consommation moyenne de cigarette par habitant.

Interpharma, qui regroupe les principaux producteurs de médicaments en Suisse, publie des données annuelles sur la vente de médicaments en Suisse. Ces données permettent éventuellement d'observer l'évolution de la vente des catégories de médicaments qui peuvent être classés dans la catégorie des psychotropes (traitement du système nerveux central). Des données plus précises par catégories de médicaments (analgésiques, sédatifs, antidépresseurs, etc.) devraient cependant aussi pouvoir être obtenues.

Les données de **saisies de la police** et les données de dénonciations sont une indication de la situation sur la scène des drogues illégales et représentent des indicateurs indirects de la consommation. Les indicateurs relevés dans cette statistique sont le nombre d'infractions à la Loi pénale sur les stupéfiants, le nombre de condamnations pour ces infractions, les données de saisies. La validité des données de répression peut cependant être discutée. En effet, elles pourraient avoir tendance à refléter davantage les pratiques policières que l'évolution du trafic et de la consommation.

6.9 INSTRUMENTS À VENIR

Le projet de révision de la Loi sur les stupéfiants inscrivait dans le texte législatif la mise en place d'une recherche scientifique portant sur les effets de la nouvelle loi (art.29a), d'un laboratoire de référence en matière de stupéfiants (art.29c), d'un Observatoire national des problèmes de dépendance (art. 29c), mais aussi du contrôle et de la surveillance de la fabrication et de la vente du chanvre (art. 16 et 17).

Aujourd'hui, ce projet de révision n'a pas été approuvé par le Parlement. Toutefois, certaines mesures citées dans les différents articles sont mises en œuvre ou font partie des réflexions actuelles de l'OFSP.

L'article 29a stipulait la mise en place d'une recherche sur les effets de la nouvelle loi. Cette recherche (qui a dû bien évidemment s'adapter à la situation de non-révision) a été attribuée par l'OFSP à un consortium d'Instituts (Institut für Suchtforschung (IFS), Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP), Institut für Begleit- und Sozialforschung (IBSF), Institut pour la

prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), Institut de criminologie et de droit pénal (ICDP)). Elle est constituée de différents modules dont une étude sentinelle réalisée dans quatre cantons (VD, TI, ZH et SG) portant sur l'évolution de la consommation de cannabis, une étude sur le marché du cannabis, une enquête transversale et longitudinale auprès de personnes âgées de 15 à 29 ans ainsi qu'une analyse des opinions et attitudes du public. Cette recherche devrait pouvoir permettre de suivre l'évolution de la consommation de cannabis et des problèmes qui y sont liés.

Par ailleurs, la mise en place d'un système de détection précoce des nouvelles tendances dans la consommation des psychotropes, ou système d'alerte, est par ailleurs aussi à l'agenda de l'OFSP¹⁷.

6.10 ORGANISATION

Au plan organisationnel, de multiples acteurs sont impliqués, parfois de concert, dans la mise en oeuvre des instruments et dans l'analyse des données produites. Parmi ces acteurs on trouve :

- l'OFSP (statistique méthadone, PROVE/HeGeBe, Act-Info, registre des maladies infectieuses) ;
- l'OFS (décès, ESS, SAMBAD, statistique hospitalière) ;
- l'Office fédéral de la police (OFP) (accidents, dénonciations, saisies) ;
- l'ISPA (ESS, HBSC, ESPAD, enquête "phénomène cannabis", enquête "Consommation d'alcool et imposition d'un taux unique sur les spiritueux en Suisse", enquête "ça débouche sur quoi?", enquête sur la consommation de médicaments, monitoring cannabis, Sambad, Sakram/Circa) ;
- l'ISF (FOS, PROVE/HeGeBe, monitoring cannabis) ;
- l'IUMSP (EPSS, Bas seuil, SMASH, monitoring cannabis) ;
- l'Université de Zürich (monitoring tabac).

L'OFSP et l'OFS occupent un rôle central dans l'organisation de ce système puisque ce sont eux qui mandatent et coordonnent la majorité des instruments de surveillance. Il faut toutefois noter que l'attribution de ces mandats peut relever de différentes unités et sections de ces institutions et qu'il n'existe pas à notre connaissance d'unité de coordination générale pour les différents instruments mentionnés ci-dessus.

Une autre administration fédérale, l'OFP, produit également des données de surveillance relevantes. Au niveau des partenaires extérieures, l'ISPA et l'ISF constituent sans doute les plus importants contributeurs en données et analyses de surveillance, suivi par l'IUMSP et le Groupe de recherche sur la santé des adolescents (GRSA) dont les travaux portent notamment sur la consommation de drogues illégales. Finalement, l'Université de Zürich, ainsi que d'autres institutions de recherche, contribuent ou peuvent contribuer à l'élaboration de données de surveillance.

Les données qui peuvent être utilisées pour la surveillance nécessitent aussi souvent la participation de tiers. A ce niveau, il faut relever en particulier le rôle des médecins (déclarations des maladies infectieuses, statistique méthadone), des hôpitaux suisses (statistique hospitalière), des institutions de traitement (statistiques de traitement), des médecins cantonaux (statistiques méthadone et décès) et des polices cantonales (statistiques accidents et décès).

6.10.1 Produits de la surveillance

Les principaux produits du système de surveillance sont individuels, c'est à dire qu'ils se rapportent aux données provenant de chacun des instruments. Cependant, quelques synthèses des données tirées des différents instruments de surveillance ont été produites. La plus importante est celle réalisée par l'ISPA en 1997 (rapport "alcool, tabac et drogues illégales en Suisse") ainsi que le CD-Rom "Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues" qui est désormais produit annuellement. Ce dernier constitue un regroupement des données de surveillance et d'autres origines pour la consommation d'alcool, de tabac, des drogues illégales et des médicaments. Une synthèse des données de surveillance portant sur la consommation des drogues illégales a également été produite à quatre reprises par l'IUMSP dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Finalement, l'OFSP produit aussi différentes synthèses qui sont généralement publiées dans les présentations de ses programmes portant sur la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illégales.

6.11 SYNTHÈSE DESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE EN SUISSE

De nombreux instruments contribuent de manière directe ou indirecte à la surveillance en matière de consommation de substances psychotropes en Suisse. Certains servent en premier lieu à l'identification des comportements (enquête de population), alors que d'autres relèvent plutôt les conséquences de la consommation de substances psychotropes (statistiques de traitement, de morbidité, de mortalité).

Les enquêtes sont généralement menées de manière périodique, alors que les différentes statistiques bénéficient de relevés en continu et produisent des données annuellement. Il existe encore des enquêtes réalisées de manière ponctuelle, non dans un but propre de surveillance, mais qui viennent néanmoins compléter les données relatives à certaines tranches d'âge pour des substances telles que l'alcool ou le cannabis. Elles permettent ainsi une triangulation supplémentaire.

6.11.1 Généralités

La Suisse dispose depuis 1992 des deux instruments de base nécessaires à la surveillance des comportements en matière de consommation de psychotropes. L'ESS et HBSC couvrent en effet ensemble la population suisse de 11 à 74 ans et permettent d'identifier les caractéristiques générales de l'évolution de cette consommation. Ces modules de base ont ensuite été complétés par une série d'enquêtes portant sur la santé des adolescents et jeunes adultes (SMASH), sur la consommation de médicaments, d'alcool ou de cannabis dans la population générale (enquêtes ponctuelles) et, plus récemment, par deux enquêtes portant respectivement sur la consommation de tous les psychotropes chez les adolescents (ESPAD) et sur celle du tabac dans la population générale (monitoring tabac). A cette dernière enquête, il faut encore ajouter un module spécifique portant sur la consommation de tabac et de cannabis chez les adolescents et jeunes adultes.

Les problèmes particuliers que la Suisse a rencontrés dans le domaine de la consommation de drogue par injection et du Sida ont aussi conduit à un développement parallèle. Dès la fin des années 80, deux enquêtes, en population générale et chez les usagers des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) distribuant des seringues, ont été menées dans le cadre de l'évaluation de la prévention du Sida pour mieux documenter les prises de risque liées à l'injection de drogue et aux rapports sexuels non protégés. En outre, dès le milieu des années 90, diverses statistiques de

traitement ont été développées ou remaniées pour permettre des analyses en termes de prises de risque et de morbidité, mais aussi de prise en charge médicale et sociale chez les injecteurs de drogues illégales. Ces statistiques font actuellement l'objet, avec des statistiques de traitement de l'alcoolisme, d'une intégration dans le projet Act-Info.

Les statistiques médicales et policières qui permettent d'inventorier la morbidité (maladies, blessures) et la mortalité dans la population suisse ont aussi connu des développements. Ainsi, la "statistique des établissements de santé" et les registres cantonaux des tumeurs sont actuellement en développement et promettent un niveau de couverture de plus en plus élevé à l'avenir. A l'inverse, la statistique sur le VIH/Sida ou la statistique des décès affichent d'ores et déjà un taux de couverture optimal.

Les recherches sur les conséquences de la consommation de psychotropes ont aussi connu une évolution rapide et diverses études longitudinales au niveau international ont permis d'établir des niveaux de risque attribuables à certains comportements. Ces résultats permettent ensuite, par triangulation de données, d'estimer la part de morbidité recensée qui peut être attribuée à la consommation de divers psychotropes.

Ce bref historique des développements en matière de surveillance renvoie au développement rapide des connaissances et instruments utiles à la surveillance de la consommation de psychotropes en Suisse et au niveau international. Il renvoie cependant aussi au caractère dispersé de ce développement qui a souvent répondu à des impératifs d'urgence. Comme dans le cas du projet Act-Info, tout indique qu'il serait souhaitable aujourd'hui de repenser la surveillance non pas en fonction de problématiques particulières mais dans une perspective plus globale permettant de rassembler les différents éléments de la surveillance et d'optimiser leur utilisation conjointe.

6.11.2 Instruments et indicateurs

▪ Population

Le premier constat au vu de ce qui précède est que la couverture générale des différents instruments permet une surveillance relativement large de la consommation de substances psychotropes en Suisse.

Les enquêtes de population générale couvrent la presque totalité des tranches d'âge de la vie puisqu'elles commencent à 11 ans pour englober la population jusqu'à 74 ans. Cependant, il faut relever que les jeunes, et en particulier les 15-16 ans, font l'objet de la plus grande attention. En effet, si HBSC couvre les 11-16 ans, SMASH et l'ESS s'intéressent à la tranche d'âge suivante des 16-20 ans. En revanche, depuis 21 ans, seule l'ESS est susceptible de fournir encore des indications.

Par rapport à l'ESS et HBSC qui sont réalisées périodiquement tous les quatre ans, SMASH présente la particularité de n'avoir été réalisée que deux fois en 10 ans, sans certitude du reste de voir une prochaine édition.

L'ESS est une enquête téléphonique auprès des ménages suisses, alors que HBSC et SMASH sont réalisées en milieu scolaire obligatoire et post-obligatoire. Toutefois, il faut noter que SMASH possède l'avantage de cibler aussi en partie les jeunes qui suivent une filière de formation professionnelle.

Viennent s'ajouter ensuite deux enquêtes portant spécifiquement sur la consommation de substances psychotropes, voire d'une substance en particulier.

ESPAD est réalisée en milieu scolaire obligatoire et cible une population en partie couverte par HBSC et en partie couverte par SMASH. Elle apporte cependant des informations supplémentaires sur cette tranche d'âge (13-16 ans) et en particulier concernant les attitudes et la perception des jeunes face à la consommation de psychotropes.

Quant au monitoring tabac, il couvre une population proche de celle de l'ESS (14-75 ans) ainsi que les 14-20 ans pour le cannabis. Ce monitoring constitue donc un set de données supplémentaires pour le tabac et le cannabis chez les jeunes, ainsi que pour le tabac chez les adultes.

Les enquêtes réalisées ponctuellement (alcool, cannabis, médicaments) s'adressent quant à elles à des populations déjà couvertes par les enquêtes périodiques. Toutefois, elles permettent un éclairage particulier sur les attitudes et les opinions de la population vis-à-vis des substances qu'elles ciblent.

Toutes ces enquêtes ne couvrent cependant pas les diverses populations susceptibles d'échapper au mode de recrutement habituel. L'enquête bas-seuil vient combler en partie cette lacune. Elle s'adresse à une population particulière de personnes déjà consommatrices et pour qui cette consommation est problématique. Par ailleurs, les statistiques de traitement (Act-Info) améliorent encore la sensibilité de la surveillance puisqu'elles touchent un autre type de population n'apparaissant pas toujours dans les enquêtes générales.

Les autres statistiques ou registres possèdent quant à eux une couverture relativement variable en fonction de l'instrument considéré. Leur tâche consiste plutôt à consigner les conséquences de la consommation de psychotropes plutôt que les comportements.

En résumé, les différentes enquêtes de population, qu'elles ciblent les comportements généraux en matière de santé ou spécifiquement la consommation de psychotropes, offrent une bonne couverture générale. On peut toutefois relever une sur-couverture de 15-16 ans. Quant aux populations non atteintes par ces enquêtes, une partie d'entre elles est rejointe par les enquêtes en milieu spécifique (bas-seuil, traitement). Diverses autres enquêtes ponctuelles concernant différentes substances ajoutent encore des données supplémentaires sur des classes d'âge déjà couvertes. Finalement, les données récoltées de manière routinière, plutôt relatives aux conséquences, reflètent la situation sur la majeure partie du territoire.

▪ Usage de substances

Les enquêtes transversales couvrent en général les principales substances utilisées. Bien que les catégories ne soient pas toujours identiques (et basées sur différents types de classification), elles restent néanmoins relativement homogènes entre les enquêtes et les autres outils.

Les substances les plus diffusées comme le tabac, l'alcool et le cannabis, ainsi que l'héroïne et la cocaïne sont généralement désignées de cette manière dans toutes les enquêtes et les statistiques de traitement. Une variabilité plus manifeste apparaît dans la classe des stimulants et des hallucinogènes. Si presque tous les instruments dissocient l'ecstasy et les amphétamines, SMASH les réunit dans une grande catégorie englobant encore les pilules thaï, les *designer drugs* et le *speed*. De même, le LSD et les champignons hallucinogènes sont parfois pris comme une famille (ESS, SMASH) et parfois mentionnés de manière indépendante (HBSC, ESPAD, Act-Info). ESPAD est l'enquête qui possède la liste de substances la plus importante et la plus détaillée. Cette catégorisation des substances permet d'affiner les données de prévalence de consommation. La comparabilité des données souffre cependant de la variabilité de ces classifications entre les différentes enquêtes.

L'enquête bas-seuil ne couvre que les substances susceptibles d'être injectées, tout en précisant les autres modes d'administration possibles. Quant aux statistiques de traitement (Act-Info),

l'accent est mis non pas sur les substances consommées, mais sur celle ayant amené la personne à entreprendre un traitement. Cependant, la prévalence de la consommation d'autres substances apparaît pour le mois précédant l'entrée en traitement.

Les différentes enquêtes transversales s'intéressent toutes à la consommation à vie ou à la consommation actuelle de psychotropes. Elles utilisent cependant des périodes de référence variables pour ce dernier indicateur.

En résumé, les principales substances et familles de substances en circulation sont identifiées par les instruments existants, et ce de manière relativement homogène en ce qui concerne le tabac, l'alcool, le cannabis, l'héroïne et la cocaïne. Une plus grande variabilité apparaît en ce qui concerne les stimulants et les hallucinogènes. Le nombre de substances ou classes de substances énumérées est aussi sujet à variation. ESPAD possède la liste la plus longue. Finalement, les périodes de référence utilisées pour identifier la prévalence sont la vie, l'année et la période actuelle (mois, semaine).

▪ *Patterns* de consommation

Les *patterns* de consommation sont principalement mis en évidence par les enquêtes sur les comportements dans la population générale. Cependant, l'enquête bas-seuil et les statistiques de traitement s'intéressent aussi aux modes de consommation complétant ainsi les données de ces enquêtes auprès de populations qu'elles ne sont pas susceptibles d'approcher. On peut encore relever que les *patterns* identifiés ne sont pas les mêmes en regard de la substance considérée. Ainsi, si pour le tabac c'est principalement le volume (quantité) de consommation qui intéresse les enquêtes, pour l'alcool une notion de fréquence de consommation paraît plus importante. De plus, pour cette substance, la durée apparaît dans un indicateur de *pattern* spécifique. En ce qui concerne les substances illicites, la plupart des instruments relèvent une prévalence de consommation à vie ou récente (durant l'année ou actuellement).

Les premiers indicateurs de *patterns* présents dans les enquêtes et dans les statistiques de traitement sont des indicateurs permettant d'identifier les consommations précoces. C'est généralement l'âge à la 1^{ère} consommation (drogues illégales) ou l'âge du début de la consommation régulière (tabac) qui sont identifiés. Les statistiques de traitement ajoutent encore l'âge du début de la consommation problématique.

En ce qui concerne le tabac, toutes les enquêtes sans exception abordent la question du volume (quantité) de consommation. C'est en général le nombre de cigarettes par jour qui est l'information recueillie. Chez les plus jeunes cependant cette quantité est exprimée en termes de quantité hebdomadaire.

Pour l'alcool, c'est principalement la fréquence qui semble importante. Toutefois, il faut relever une certaine variabilité dans les périodes de référence utilisées. La fréquence durant la vie n'est utilisée que par ESPAD. Quant à la fréquence actuelle, certains instruments précisent une période de référence comme le mois (ESPAD) ou la semaine (ESS).

Le volume de la consommation d'alcool est plus rarement mentionné. L'ESS ainsi que ESPAD s'enquêtent du nombre de verres consommés au cours d'une occasion. Une des enquêtes ponctuelles, l'enquête spécifique réalisée autour de la campagne "ça débouche sur quoi", cherchait aussi à identifier la consommation habituelle en nombre de verres par jour.

Pour ce qui est des drogues illégales, les indicateurs préférentiellement retenus par les différentes enquêtes sont ceux de la fréquence de la consommation à vie, ainsi que celle au cours de l'année. Toutefois, les items retenus pour catégoriser les fréquences (nombre total de fois ou "une fois, plusieurs fois, souvent, plus rarement") sont susceptibles de varier, empêchant les comparaisons.

La période de référence généralement utilisée pour identifier la fréquence actuelle est celle du dernier mois. On peut encore relever que, dans certaines enquêtes (comme l'ESS et ESPAD, voire le monitoring tabac), le cannabis bénéficie d'une attention particulière.

En ce qui concerne les indicateurs de *patterns* de consommation spécifiques, ils se rapportent soit à une consommation d'alcool excessive (*binge drinking* et ébriété), soit au mode d'administration dans le cas de drogues illégales injectables.

Le *binge drinking* est un comportement investigué dans toutes les catégories d'âge, sauf chez les 11-16 ans. En revanche, l'état d'ébriété ne figure que dans les enquêtes auprès des jeunes (11-20 ans). Cette question de la consommation excessive est reprise dans Act-Info, ou plus précisément dans SAMBAD et SAKRAM et permet ainsi d'investiguer ce type de consommation auprès de personnes qui par définition sont des grands consommateurs. Comme pour les indicateurs généraux de *patterns* de consommation, les périodes de référence sont variables. On peut encore relever que la quantité standard utilisée généralement pour définir le *binge drinking* (5 verres et plus) est supérieure dans l'ESS (8 verres et plus).

En ce qui concerne les modes de consommation, seules quelques enquêtes identifient la prévalence de l'injection à vie (SMASH, ESPAD, Act-Info). ESPAD utilise encore des périodes de référence telles que l'année ou le mois. Du fait de son objectif et de la population qu'elle vise, l'enquête bas-seuil est la seule à amener des indications sur les prises de risque autour du mode d'administration qu'est l'injection. Par ailleurs, elle est aussi la seule à identifier d'autres modes de consommation que l'injection (ingestion, inhalation, fumée) pour la cocaïne, l'héroïne, les cocktails et les benzodiazépines.

Les enquêtes menées autour de la campagne "ça débouche sur quoi", de même que SAMBAD et SAKRAM, fournissent encore nombre d'informations sur les attitudes et les habitudes de consommation. Les données de la police sur la conduite en état d'ébriété ou encore les accidents potentiellement imputables à une alcoolémie trop élevée au volant, permettent encore de compléter les données sur les prises de risque.

En résumé, les différentes enquêtes permettent d'identifier des *patterns* généraux de consommation, souvent en lien avec la substance considérée. Pour certaines substances, et l'alcool en particulier, des *patterns* spécifiques de consommation sont identifiés (*binge drinking*, état d'ébriété). De même, le mode spécifique d'administration que représente l'injection de certaines substances figurent dans quelques enquêtes. Il faut encore relever que dans le cas des fréquences de consommation, les périodes de référence utilisées souffrent d'une grande variabilité.

▪ Conséquences de la consommation

Il y a différentes manières d'identifier les conséquences liées à la consommation de psychotropes. Cependant il paraît aisé de les lier aux *patterns* de consommation. En effet, certains modes de consommation sont susceptibles d'entraîner des conséquences immédiates, alors que pour d'autres les effets secondaires de la consommation se feront sentir à plus long terme. Les conséquences immédiates (ou aiguës) sont souvent spécifiques à la substance consommée, alors que les conséquences à plus long terme (chroniques) sont souvent non spécifiques. Il y a encore deux manières différentes de rapporter ces conséquences : soit elles sont relatées par la population consommatrice elle-même, soit elles sont consignées dans des registres ou autres documents par des personnes tierces.

Les conséquences rapportées sont principalement le fait des enquêtes de population, générales ou spécifiques, ainsi que des statistiques de traitement. Elles se réfèrent généralement à des événe-

ments en lien direct avec une consommation de produits psychotropes (spécifiques). Plus précisément dans les enquêtes auprès des jeunes (SMASH et ESPAD), on s'enquiert des conséquences de type bagarre, perte d'objet ou encore relations sexuelles contraintes et ce en rapport avec les drogues illégales ou l'alcool. Dans l'ESS, ce sont surtout des conséquences liées à une consommation excessive d'alcool qui sont investiguées. Les conséquences d'une consommation chronique sont peut-être perceptibles dans SMASH et ESPAD lorsque l'on demande aux jeunes s'ils ressentent une diminution des performances scolaires ou qu'on les interroge sur leurs relations avec la famille ou à l'école. Quant aux statistiques de traitement, elles relèvent des conséquences tant spécifiques (sérologie VIH, VHB ou VHC des individus), que non spécifiques, liées plutôt à ce que représente la dépendance (conditions sociales)

Les conséquences consignées sont le fait d'outils tels que les statistiques médicales, les registres, les données relevées par la police. Ces outils identifient des conséquences spécifiques à la consommation d'une substance psychotrope (accidents, overdose, etc.) qui sont généralement des conséquences immédiates. En revanche, les registres et les statistiques médicales vont quant à eux plutôt identifier des conséquences qui pourraient être le fait de la consommation de psychotropes de manière chronique, mais qui n'y sont pas systématiquement attribuables.

En résumé, les outils à disposition permettent l'identification de différents types de conséquences. Les conséquences rapportées par la population au travers des enquêtes sont généralement des conséquences de type immédiat, liées spécifiquement à la consommation de psychotropes. En revanche, les conséquences consignées par des tiers dans d'autres outils sont soit spécifiquement liées à la consommation de psychotropes (accidents de la route, overdoses, etc.), soit non spécifiquement liées (cancers, cardiopathies, etc.). Dans ce cas, la causalité ne peut être attribuable de manière systématique.

7 ANALYSE DU CONTENU ACTUEL DE LA SURVEILLANCE

Ce chapitre constitue une application des quatre critères d'analyse présentés précédemment : pertinence, conception, attributs et utilité du système de surveillance actuel.

7.1 CRITÈRE 1 : PERTINENCE DU SYSTÈME

Les estimations de l'OMS font apparaître que, parmi les dix premiers facteurs de risque responsables de la charge de morbidité (calculée en AVCI^a) qui pèsent sur les pays développés, l'on trouve la consommation de tabac au premier rang (12,2% de la charge totale de morbidité), celle d'alcool au troisième rang (9,2%) et celle des drogues illégales au huitième rang (1,8%)¹⁸. En outre, selon les estimations de l'ISPA¹⁹, 30'000 années de vie sont perdues chaque année en Suisse en liaison avec la consommation d'alcool, ce qui représente 8,7% de l'ensemble des années de vie perdues. 8'700 personnes décèdent aussi chaque année de maladies liées à la consommation de tabac, ce qui représente 14% de l'ensemble des décès. Finalement, au moins 200 personnes meurent chaque année en Suisse en raison, essentiellement, de leur consommation d'héroïne et de cocaïne²⁰. Le nombre d'années de vie perdues est là aussi considérable.

En termes de coût économique, des estimations portant sur la première moitié des années 90 faisaient apparaître qu'environ 1 milliard de francs, dont la moitié dans le domaine de la santé publique et l'autre dans le domaine de la justice et la police, était dépensé en Suisse chaque année pour lutter contre les problèmes liés à la consommation de drogues illégales²¹. Les coûts des traitements médicaux pour les fumeurs se montent quant à eux à environ 1,2 milliards de francs et les coûts sociaux totaux, directs et indirects, à environ 10 milliards de francs par année. Ce dernier chiffre est de plus de 3 milliards pour l'alcool¹⁹.

Finalement, en ce qui a trait à la possibilité de prévenir les dommages, il faut mentionner que la consommation de psychotropes constitue sans doute l'un des principaux déterminants de la santé qui peut être modifié. Il faut aussi préciser que la Suisse est, en comparaison internationale, un pays où cette consommation (tabac, alcool, cannabis, héroïne) est élevée et, donc, où une réduction de celle-ci devrait pouvoir être obtenue. **L'existence d'un système de surveillance de la consommation de substances psychotropes est donc parfaitement légitime et appropriée en regard des critères de la santé publique.**

Les données ci-dessus pourraient aussi inviter à fixer des priorités de surveillance en fonction des conséquences sanitaires et économiques liées à chaque substance. Toutefois, les phénomènes de multi-consommation et de poly-dépendance, la diffusion rapide de certaines substances (ex : cannabis), la diversification des produits, ainsi que la variabilité des priorités politiques et sociales, suggèrent de considérer la consommation de psychotropes comme un tout plutôt que sous forme de parties. En outre, les instruments de surveillance, et en particulier ceux qui concernent les comportements en matière de santé, permettent souvent d'appréhender la consommation de différentes substances conjointement et rendent ainsi inutile une telle fixation de priorités qui, si

^a Une AVCI est une année de vie en bonne santé perdue en raison d'une maladie. Il s'agit d'une mesure d'écart sanitaire associant les données relatives aux décès prématurés à celles concernant les incapacités. Cet indicateur tient donc compte à la fois de la mortalité et de la morbidité;

elle doit être faite, devrait plutôt concerner les investissements et efforts d'interventions en santé publique.

7.2 CRITÈRE 2 : CONCEPTION DU SYSTÈME

La littérature scientifique sur la surveillance en santé publique relève l'importance de concevoir des systèmes qui s'appuient sur une définition précise de l'objet et de la population sous surveillance, ainsi que sur l'énoncé d'objectifs de surveillance et des modalités de fonctionnement nécessaires pour atteindre ceux-ci.

L'analyse de la surveillance de la consommation de substances psychotropes et de ses conséquences en Suisse fait apparaître différentes lacunes à ce niveau.

7.2.1 Définition de l'objet

Il n'existe pas de définition spécifique de la consommation de psychotropes qui permettrait de spécifier les comportements (substances, *patterns*) couverts par la surveillance. L'étude des instruments existants fait apparaître que jusqu'ici cet objet est surtout défini par :

- un ensemble de substances (alcool, tabac, opiacés, dérivés de la feuille de coca, dérivés du cannabis, stimulants, hallucinogènes, médicaments psychotropes, colles et solvants, et une possibilité d'autres substances) ;
- par différents indicateurs liés aux *patterns* de consommation ;
- par différentes conséquences liées aux consommations.

Cette définition est très générale et ne permet pas d'établir clairement quelles sont les limites de l'objet sous surveillance. Ainsi, il n'existe pas de définition de la catégorie de substances (ex : substances ayant un effet sur le système nerveux central, produits légaux, illégaux ou thérapeutiques), ni des types de comportements (ex : mésusage, abus), ni des types de conséquences (ex : aiguës/chroniques, médicales/sociales) qui doivent faire l'objet de la surveillance. Une telle définition permettrait notamment aussi de spécifier quels sont les éléments (ex : dopants, médicaments sans effets psychotropes, conséquences sociales, etc.) qui doivent être exclus ou qui ne constituent pas des priorités pour la surveillance.

La définition de l'objet dans le système actuel est sans doute un peu plus précise s'agissant de la surveillance des **comportements et conséquences relatifs à chacune des substances**. Là, la définition des *patterns* de consommation et des conséquences qu'il s'agit de surveiller est parfois plus spécifique. Le *binge Drinking*, l'injection de drogues, la consommation quotidienne de cigarettes, constituent par exemple des *patterns* que l'on souhaite identifier parce qu'ils sont directement liés à certaines formes de morbidité et de mortalité. Il reste néanmoins que ces définitions, et les modèles étiologiques qu'ils recouvrent, sont encore partiels et qu'il reste à mieux définir (et à standardiser) les variables comportementales et leur impact sur la santé.

La définition la plus précise des caractéristiques de l'objet sous surveillance figure en fait dans le principal produit qui émane des données existantes et qui est le CD-Rom produit par l'ISPA "Chiffre et données sur l'alcool et les autres drogues". Ici, la consommation de divers psychotropes (alcool, tabac, drogues illégales, médicaments) est définie à travers un certain nombre de thèmes (consommations, conséquences, traitements, production/commerce/imposi-

tion/infractions). Cette définition reste cependant descriptive pour l'essentiel et elle est fortement marquée par les données actuellement disponibles.

A titre de synthèse, on peut donc observer que l'objet de la surveillance est relativement peu défini. On peut certes déduire certaines de ses caractéristiques à l'aide des instruments de surveillance existants mais il serait utile de spécifier plus clairement ce que l'on souhaite réellement surveiller, et ce en termes de substances, de comportements et de conséquences. Une telle définition permettrait de mieux délimiter l'objet, de favoriser la standardisation des indicateurs et des variables mais aussi de fixer certaines priorités (ex : le mésusage et ses conséquences) pour la surveillance.

7.2.2 Définition de la population

Il n'existe pas non plus de définition de la population sous surveillance. L'analyse des instruments de surveillance fait apparaître que celle-ci couvre l'ensemble de la population générale à partir de 11 ou 14 ans et jusqu'à 65 ou 74 ans, selon les substances. Deux grands sous-ensembles apparaissent aussi :

- la population de 11 à 20 ans qui se trouve dans les institutions de formation (obligatoire et post-obligatoire) et de formation professionnelle ;
- la population de 14 ou 15 à 74 ans qui se trouve dans des ménages disposant de lignes téléphoniques.

En termes plus précis, on observe que les écoliers de 11 à 16 ans font l'objet d'enquêtes spécifiques répétées de manière régulière. Il en va autrement pour les écoliers et apprentis dans la formation post-obligatoire qui ne font l'objet d'une enquête que tous les dix ans. Néanmoins, l'introduction d'un module "jeune" dans le monitoring tabac, qui sert à la surveillance de la consommation de tabac et de cannabis exclusivement, peut compléter les informations obtenues pour cette classe d'âge. A partir de 21 ans, ce sont les grandes enquêtes en population générale (ESS, monitoring tabac, enquêtes ponctuelles alcool) qui permettent de surveiller les comportements. Certaines recourent à un sur-échantillonnage chez les jeunes adultes et les adultes, ce qui leur permet une meilleure appréhension de la situation dans ces populations. Finalement, la population âgée (65+) ne dispose d'aucune enquête spécifique et ne constitue généralement que de petits échantillons dans les enquêtes de santé.

En ce qui concerne des populations spécifiques, ce sont les consommateurs de drogues illégales (héroïne et cocaïne surtout) et d'alcool dépendants qui sont ciblés. Les statistiques de traitement permettent en effet une analyse des comportements dans cette population. En outre, l'enquête dans les SBS permet de cibler une partie des consommateurs de drogues illégales qui ne sont pas en traitement mais qui recourent aux services de la réduction des risques.

A titre de synthèse, on peut donc observer que la population âgée de 11 à 74 ans est couverte par de multiples enquêtes. Ce sont les jeunes en âge de scolarité obligatoire qui font l'objet des plus importants efforts de surveillance, avec un maximum de données disponibles chez les 15-16 ans, mais aussi les fumeurs avec un monitoring spécifique chez les usagers (et les non-usagers) de cette substance. Sinon, l'intensité de la surveillance tend à diminuer progressivement dès 20 ans jusqu'à atteindre un faible niveau chez les personnes âgées. En revanche, certaines populations particulières (usagers de drogues injectables ou d'alcool dépendants) font l'objet d'efforts de surveillance particuliers.

Ces constats sont purement descriptifs et ne permettent pas de comprendre le modèle analytique qui préside aux choix des populations dont les comportements font l'objet d'une surveillance. Ainsi, en l'absence d'un plan directeur de la surveillance, il n'est pas possible de savoir pourquoi les adolescents font l'objet d'autant d'enquêtes, pourquoi les fumeurs font l'objet d'un monitoring alors que cela n'est pas le cas pour les consommateurs d'alcool ou de médicaments, ou pourquoi il n'existe pas de recueil de données spécifique pour les personnes âgées.

7.2.3 Définition des objectifs

Les instruments utilisés en Suisse ont tous leurs propres objectifs en matière de surveillance et/ou de recherche. En revanche, il n'existe pas d'objectifs explicites pour l'ensemble de la surveillance. Certes, l'objectif général d'observer l'évolution d'un important problème de santé publique est valable mais il manque la définition des autres objectifs qui justifient notamment le développement d'instruments spécifiques :

- estimation et évolution du problème dans des populations particulières ;
- compréhension des comportements (facteurs de risque ou de protection, styles de vie, volonté de changement, etc.) ;
- identification des groupes à risque ;
- détection rapide des changements dans les comportements et conséquences ;
- identification de la prise en charge par les services de santé ;
- etc.

Ces objectifs sont essentiels pour la conduite d'un système de surveillance puisqu'ils permettent de développer des analyses et des instruments qui doivent y répondre. En l'absence de tels objectifs il n'est donc pas possible de construire le système et de fixer ses priorités.

La définition de ces objectifs doit répondre à une double logique : celle de la connaissance scientifique des comportements et conséquences qui doit conduire à spécifier des thèmes particuliers qui nécessitent une surveillance, et celle du *Policy Making* et de la planification des programmes qui doit clarifier les sujets qui nécessitent une investigation particulière afin de mieux concevoir ou d'évaluer les actions de santé publique.

A titre de synthèse, on peut donc observer que la surveillance de la consommation de psychotropes ne dispose pas, au moins de manière explicite, des objectifs spécifiques qui permettent de fixer des priorités, de développer des instruments et des analyses permettant d'y répondre. Cette caractéristique constitue une lacune importante puisqu'elle est défavorable à l'articulation des différents instruments et à leur utilisation conjointe.

7.2.4 Mode de fonctionnement

Le principal mode de fonctionnement de la surveillance, à l'heure actuelle, est celui d'un cumul de mandats qui donnent lieu à différentes récoltes, analyses et transmission de données de surveillance. A cela s'ajoute un autre travail spécifique qui concerne la réunion et analyse de ces différentes données et leur valorisation par l'ISPA.

Ce fonctionnement peut correspondre aux modalités classiques d'un système de surveillance. Quelques faiblesses doivent toutefois être relevées. En premier lieu, l'absence d'objectifs pour le système ne permet pas d'apprécier l'adéquation des mandats attribués et des instruments qui en

découlent. Ensuite, la réunion des données de surveillance et leur analyse/interprétation est réalisée par un tiers sans qu'un plan d'analyse, s'appuyant sur les besoins des décideurs et le travail d'un groupe d'experts, ne soit développé. Le travail de l'ISPA, dont la qualité n'est pas en discussion ici, prend dès lors la forme d'une description plutôt que d'une analyse servant des besoins. Finalement, la diffusion de ce résultat de surveillance est avant tout le fait des efforts de l'ISPA et ne s'intègre pas formellement dans les processus décisionnels.

A titre de synthèse, on peut donc observer que le mode de fonctionnement du système de surveillance est peu clair et qu'il se présente avant tout comme un cumul de mandats qui, chacun, disposent de leurs propres modalités d'analyse, de valorisation et d'utilisation. Le travail de l'ISPA fait figure d'exception ici, mais il constitue avant tout un cumul d'informations et ne répond pas à des questions de surveillance précises comme celles qui devraient être définies pour la conduite des politiques et programmes de santé publique.

7.3 CRITÈRE 3 : ATTRIBUTS DU SYSTÈME

7.3.1 Les informations et données disponibles et utilisées sont-elles complètes et cette caractéristique est-elle maintenue à travers le temps ? (*completeness*)

Ce critère s'intéresse spécifiquement à la couverture du système (et à la stabilité de celle-ci) en matière de populations, de substances, de *patterns* de consommation et de conséquences. Cette couverture peut être analysée en termes de données récoltées et en termes d'analyses effectuées.

Au niveau des populations, l'ESS et HBSC assurent la couverture de la surveillance en matière de comportements dans la population suisse (11 à 74 ans). Les autres instruments apportent des éclairages complémentaires sur les comportements dans certaines populations (adolescents, injecteurs de drogue, personnes dépendantes à l'alcool) ou en ce qui concerne la consommation de certaines substances (tabac, alcool, cannabis, médicaments) dans la population générale dès 15 ans.

Les principaux indicateurs et les variables utilisées sont généralement très proches, mais pas toujours standardisées, d'une enquête à l'autre et concernent avant tout les substances consommées et les *patterns* de consommation. Certaines enquêtes investiguent cependant des dimensions particulières liées à la consommation de psychotropes : volonté d'arrêter, conséquences rapportées, risque d'infection par le VIH, contextes de la consommation, attitudes vis à vis des substances, etc. Au niveau de l'analyse, on observe toutefois que c'est la description de la prévalence de la consommation et des *patterns* de consommation, prise substance par substance, qui constitue l'élément central de tous les instruments de surveillance. Les analyses multivariées (multi-consommation, *patterns* de consommation par styles de vie ou variables socio-démographiques, etc.) visant à mieux comprendre l'origine et les caractéristiques des comportements sont de leur côté plutôt rares et les variables spécifiques à certaines enquêtes sont essentiellement utilisées à des fins descriptives.

En matière de substances, les principaux psychotropes (substances et produits) en circulation sont couverts par les différentes enquêtes, à moins que celles-ci concernent des substances spécifiques. Néanmoins, il n'existe pas de processus systématique pour s'assurer de la mise à jour de la liste des substances consommées (nouvelles substances (ex : *party drugs*) ou nouveaux produits (ex : alcopops)).

En matière de comportements, les principales variables relatives aux *patterns* de consommation (fréquences, volumes/quantités) sont utilisées dans le cadre des instruments de surveillance. En

outre, différentes variables sur des comportements à risque spécifiques (*binge drinking*, injection) sont présentes, mais ne sont pas systématiquement utilisées dans tous les instruments.

L'analyse des *patterns* est réalisée à partir de ces différentes variables (volume, fréquence, *binge drinking*, injection) mais ce type d'analyse reste spécifique aux différents instruments.

En matière de conséquences, une partie de celles qui sont spécifiquement liées à la consommation de psychotropes (dépendance, intoxications fatales, infections par le VIH liées à l'injection de drogues, suites d'accidents de la route en état d'ivresse) sont couvertes. Pour d'autres (blessures et violences liées à la consommation de psychotropes), cette couverture est moins bonne et relève surtout de quelques enquêtes transversales. Finalement, les pathologies non spécifiques peuvent être identifiées dans les données de mortalité (registre des décès) et de morbidité (statistique des diagnostics hospitaliers, registre des tumeurs).

L'analyse des conséquences est généralement réalisée substance par substance, avec une attention particulière aux pathologies et causes de décès spécifiques. Pour l'alcool et le tabac, les pathologies non spécifiques (cardiopathies, cancers, maladies du système digestif) sont généralement prises en compte.

A titre de synthèse, on peut observer que la surveillance de la consommation de psychotropes affiche un état complet au moins en ce qui concerne les besoins de base : la population générale est couverte, les principales substances sont présentes, les variables permettant de définir des *patterns* de consommation existent et les conséquences sont de mieux en mieux identifiées. En revanche, il faut observer que, malgré différentes enquêtes spécifiques, l'analyse tend à ne porter que sur la description de la prévalence des comportements pour chaque substance et, ainsi, ne permet guère de couvrir des sujets comme la multi- consommation, les facteurs de risque et de protection ou les styles de vie dans lesquels s'insèrent les comportements. En somme, les différents instruments tendent à toujours couvrir le même objet, parfois avec un complément d'éclairage, ce qui donne lieu à une répétition d'informations dont l'utilité pour la conduite des politiques et programmes de santé publique peut être questionnée. Finalement, la mise à jour des variables (substances, comportements, conséquences) en fonction des changements (nouvelles substances) ou des nouvelles connaissances scientifiques n'a pas de caractère systématique.

7.3.2 Les informations ou données sont-elles aussi exactes et précises que possible (*accuracy*) ?

Ce second critère renvoie à la qualité des indicateurs utilisés et à l'exactitude du classement des comportements et conséquences. Il s'agit alors de s'assurer que l'objet sous surveillance est bel et bien identifié et correctement classé.

Au niveau des indicateurs utilisés, on peut observer qu'ils couvrent les différentes variables (substances, modes d'administration, *patterns* de consommation) qui permettent d'identifier et de caractériser les comportements en matière de consommation de substances psychotropes. A ce titre, la qualité des indicateurs peut être jugée bonne puisqu'elle permet d'identifier ces comportements et de relever leurs principales caractéristiques.

La comparaison des indicateurs utilisés dans les différents instruments indique cependant une situation plus problématique. En effet, pour chacune des caractéristiques de la consommation, on observe plusieurs cas où les indicateurs utilisés varient d'un instrument à l'autre :

- au niveau des substances, la classification des stimulants (famille des amphétamines), des hallucinogènes, des médicaments psychotropes et des dérivés de la feuille de coca, varient d'une étude à l'autre et renvoient à l'utilisation d'indicateurs et, ensuite, à l'énoncé de mesures (prévalence) qui ne se recouvrent pas toujours.
- au niveau des modes d'administration, deux instruments au moins (ESS, HBSC) ne relèvent pas l'injection, trois autres (SMASH, ESPAD, Act-Info) recourent à un indicateur général à ce niveau et un seul instrument (SBS) dispose de cet indicateur pour différentes substances (héroïne, cocaïne, cocktails, médicaments).
- au niveau des *patterns* de consommation, il faut tout d'abord relever que les périodes de référence (durant la vie, dernière année, dernier mois, dernière semaine, dernière occasion) pour l'identification des fréquences de consommation varient d'une étude à l'autre et les catégories de ces fréquences ne sont pas non plus uniformes. Ensuite, il peut être observé qu'il n'existe des indicateurs en termes de volumes ou de quantités consommées que pour le tabac et l'alcool (catégories pas uniformes), mais pas pour les drogues illégales et les médicaments psychotropes. Finalement, certains indicateurs qui se réfèrent aux *patterns* de consommation (*binge drinking*) n'apparaissent pas dans tous les instruments.

Ces observations renvoient à une nécessité d'harmoniser les variables utilisées afin d'avoir l'assurance que ce sont les mêmes consommations qui sont identifiées, que leurs caractéristiques sont appréhendées et classées de manière uniforme et, donc, que l'analyse combinée des résultats des différents instruments de surveillance soit non seulement possible mais aussi facilitée. L'introduction d'une statistique de traitement unifiée (Act-Info), recourant aux mêmes indicateurs, est ici un exemple à suivre.

Au niveau des conséquences de la consommation de substances psychotropes, il faut en particulier s'intéresser aux processus de standardisation des indicateurs. De tels processus existent dans le secteur médical (diagnostics, tumeurs, maladies infectieuses) mais sont parfois moins développés ailleurs. Ainsi, la statistique des décès liés à la drogue publiée chaque année repose sur des données policières cantonales dont le processus de standardisation reste une inconnue.

A titre de synthèse, on peut donc observer que les indicateurs reflètent les principales caractéristiques de la consommation de psychotropes. Néanmoins, des efforts de standardisation des variables (périodes de référence, catégories de fréquences, classification des substances, catégories des volumes d'alcool consommés, définition de quantités pour les drogues illégales, insertion de l'injection et du *binge drinking* dans certaines enquêtes) sont encore nécessaires pour que les instruments soient complets et qu'ils puissent livrer des données portant sur le même objet.

7.3.3 Les données sont-elles représentatives de l'étendue du phénomène dans la population et de ses caractéristiques (representativeness) ?

Les différentes enquêtes transversales disposent des qualités nécessaires pour que ce critère soit atteint. Un autre facteur d'importance concerne la périodicité des relevés de données. Celles-ci varient fortement et peuvent concerner des périodes continues (monitoring tabac), ou séparées de quatre (HBSC) à dix ans (SMASH). La conséquence de cette situation est que l'analyse conjointe de données de surveillance anciennes et actuelles peut conduire à limiter leur représentativité globale.

Au niveau des statistiques de traitements, de morbidité et de mortalité, ce dernier problème n'existe pas puisqu'elles sont *de facto* continues et qu'elles font généralement l'objet d'une publi-

cation annuelle. Le principal problème en termes de représentativité concerne ici la couverture (nombre d'institutions, d'hôpitaux, de services de police, etc.) et la standardisation des données.

La capacité à identifier, parmi les pathologies et causes non-spécifiques (cardiopathies, suicides, cancers, maladies du système digestif, etc.), la fraction attribuable à la consommation de psychotropes constitue l'enjeu décisif en termes de représentativité au niveau des statistiques de mortalité et de morbidité. L'amélioration de cet élément requiert des travaux de recherche, notamment sous forme de méta-analyses, permettant d'attribuer des probabilités de contracter une maladie en fonction de différents comportements en matière de consommation de psychotropes. De tels travaux ont déjà été menés au niveau international, particulièrement dans les travaux de l'OMS portant sur le *Global Burden of Disease*, et devraient être repris pour l'analyse des données suisses.

A titre de synthèse, on peut donc observer que les enquêtes sur les comportements permettent d'obtenir des données représentatives mais qu'il faut aussi s'assurer que celles-ci soient aussi représentatives en matière de temporalité. C'est surtout au niveau de la couverture des statistiques de traitement, et de l'identification et de la classification des conséquences de la consommation de psychotropes, que des efforts en vue d'améliorer la représentativité des données doivent être effectués.

7.3.4 Le système produit-il des données et des analyses de manière suffisamment rapide et sont-elles utilisées dans un délai adéquat (*timeliness*) ?

Hormis la question de la périodicité des relevés de données, déjà évoquée plus haut, ce critère concerne surtout les dimensions opérationnelles du système. Il s'agit en fait de savoir si l'écart temporel séparant les différentes étapes de la surveillance (collecte de données, analyse et interprétation, dissémination du résultat et utilisation dans la pratique) est suffisamment réduit pour qu'une intervention adéquate puisse être et soit engagée.

La forme de la surveillance de la consommation de psychotropes et de ses conséquences en Suisse est celle d'une addition de mandats et d'instruments. Dès lors, chaque instrument dispose de ses propres caractéristiques de rapidité de collecte et de mise à disposition des données. Cette rapidité peut cependant être déterminée en partie par les arrangements contractuels qui sont pris.

Au niveau global, l'absence de mise en commun des données et analyses produites par les différents instruments, renvoie à une faiblesse structurelle qui a aussi des conséquences en termes de rapidité. Toutefois, il faut observer que l'ISPA réalise une mise à jour annuelle d'un ensemble de données et d'indicateurs de surveillance, ce qui conduit à disposer régulièrement d'un corpus d'informations utiles pour définir et évaluer les interventions de santé publique. Il reste néanmoins que ce travail a été développé par une institution spécifique recourant en premier lieu aux données dont elle dispose et qu'il n'est pas basé sur l'élaboration d'un modèle d'analyse et d'interprétation basé sur les besoins de la santé publique. Finalement, la diffusion de cet outil sous forme de CD-Rom qui doit être commandé ne constitue sans doute pas la meilleure manière possible de valoriser les données de surveillance.

A titre de synthèse, on peut donc observer que le système de surveillance, par la dispersion des mandats et analyses qui le constituent, n'est pas conçu pour être rapide et donner lieu à une utilisation conjointe des instruments dans un délai déterminé. Ce constat ne constitue cependant pas forcément une faiblesse si des réunions et méta-analyses régulières des résultats obtenus à l'aide des différents instruments sont effectuées. L'ISPA s'est engagé dans cette voie et le CD-Rom qu'il produit constitue un instrument très utile de la surveillance. Néanmoins, ce travail pourrait encore être amélioré s'il répondait à un plan de surveil-

lance, c'est à dire aux questions et objectifs qui permettent de conduire les interventions de santé publique, et s'il comprenait l'ensemble des données disponibles.

7.4 CRITÈRE 4 : UTILITÉ DU SYSTÈME

Les instruments de surveillance existants ont-ils permis de mieux comprendre la consommation de psychotropes et ses conséquences en Suisse, de détecter des changements de comportement au niveau de la population générale et de certains sous-groupes de celle-ci et, finalement, d'améliorer les mesures de santé publique visant à réduire les consommations nocives ?

Il est difficile de répondre à cette question tant les possibilités d'utilisation des données de surveillance sont multiples et les utilisateurs de celles-ci sont nombreux. De plus, l'absence d'objectifs clairs attribués à la surveillance de la consommation de psychotropes et de ses conséquences ne permet pas de se référer à ceux-ci pour une évaluation de l'utilité. Néanmoins, il est possible d'observer quelques généralités.

La principale utilité de la surveillance a été de pouvoir identifier la diffusion des comportements et son évolution. Ainsi, il a pu être observé que les jeunes consommaient de plus en plus de psychotropes et de plus en plus tôt, que le cannabis a connu une diffusion rapide durant les années 90 alors que la consommation d'héroïne se réduisait et que l'ecstasy connaissait une diffusion limitée, etc. D'autres informations complémentaires plus spécifiques ont aussi pu être obtenues au sujet de la volonté des fumeurs d'arrêter leur consommation, du tabagisme passif chez les non-fumeurs, des épisodes de consommation d'alcool à risque ou des pratiques d'injection. Finalement, l'évolution des conséquences, notamment des intoxications, accidents et infections par le VIH, ont permis d'observer des changements au niveau des conséquences aiguës liées à la consommation de certains psychotropes. Tous ces résultats ont sans doute contribué à l'amélioration des interventions de santé publique.

Il faut toutefois remarquer que la compréhension générale de la consommation de psychotropes n'a pas connu d'autres évolutions majeures (ex : comportements de multi-consommation, caractéristiques particulières des comportements dans certaines sous-populations, évolution des conséquences rapportées, etc.). Celles-ci sont possibles lorsque d'importants instruments de surveillance et de recherche sont mis en place et que des analyses multivariées sont menées. Or, il faut observer que cette dernière activité est restée marginale et que la spécificité des connaissances utiles à la planification de la santé publique s'est donc moins développée qu'il n'aurait été possible.

Il faut aussi constater que la mise en place d'instruments ponctuels, comme les enquêtes sur la consommation d'alcool, de cannabis et de médicament, a permis d'identifier et de qualifier des changements en cours. Cette capacité de réaction, qui constitue aussi l'une des caractéristiques des systèmes de surveillance, est utile parce qu'elle permet de répondre rapidement à de nouvelles questions spécifiques qui se posent.

Finalement, l'utilisation des données de surveillance dans la définition des politiques et programmes de santé publique a sans doute été réelle, tant au niveau des planifications que de l'évaluation des interventions. C'est dans ce dernier cadre qu'elle a été la plus systématique.

7.5 SYNTHÈSE

Les quatre critères retenus ci-dessus permettent de mettre à jour certaines qualités et les principales faiblesses de la surveillance actuelle en matière de consommation de psychotropes et de ses conséquences en Suisse.

7.5.1 Critère 1 : pertinence du système

La consommation de psychotropes constitue la principale cause de morbidité et de mortalité qui peut être prévenue en Suisse. Dès lors, la mise en place d'un système de surveillance est appropriée.

7.5.2 Critère 2 : conception du système

L'utilisation du second critère d'analyse fait apparaître différentes lacunes : l'absence de définitions claires de l'objet, des populations et des objectifs de la surveillance, renvoie à des questionnements sur l'utilité de certains instruments et de certaines analyses de surveillance. Ces définitions sont en effet nécessaires pour faire des choix raisonnés, fixer des priorités et développer un mode de fonctionnement adéquat. Poser ces définitions au niveau de la consommation de psychotropes, plutôt que de substances individuelles, permet aussi de favoriser l'énoncé de questionnements transversaux et de développer des instruments plus synergiques. Ces commentaires renvoient à un constat : il existe bel et bien de la surveillance de la consommation de psychotropes en Suisse mais celle-ci n'a pas été conçue comme un système.

7.5.3 Critère 3 : attributs du système

La mise en œuvre de la surveillance de la consommation de psychotropes et de ses conséquences en Suisse affiche d'assez bons résultats pour l'ensemble des sous-critères d'analyse retenus. Ainsi, la couverture générale de la population et des sous-populations, ainsi que des différents comportements et des conséquences, est élevée, la qualité et la diversité des indicateurs est bonne, la représentativité des données est, pour les comportements, globalement assurée et la rapidité du système, analysée à partir du CD-Rom produit par l'ISPA, est louable. Ces constats ne doivent toutefois pas masquer un certain nombre de lacunes et de pistes d'améliorations qu'il faut prendre en compte :

- l'analyse tend à ne porter que sur la description de la prévalence des comportements pour chaque substance et, ainsi, ne permet guère de couvrir des sujets comme la multi-consommation, les facteurs de risque et de protection ou les styles de vie dans lesquels s'insèrent les comportements. Les différents instruments tendent ainsi à toujours répondre à la même question, parfois avec un complément d'éclairage, ce qui donne lieu à une répétition d'informations dont l'utilité pour la conduite des politiques et programmes de santé publique peut être questionnée ;
- la mise à jour des variables (substances, comportements, conséquences) en fonction des changements (nouvelles substances) ou des nouvelles connaissances scientifiques n'a pas de caractère systématique ;
- des efforts de standardisation (périodes de référence, catégories de fréquences, classification des substances, catégories des volumes d'alcool consommés, définition de quantités pour les drogues illégales, insertion de l'injection et du *binge drinking* dans

certaines enquêtes) sont encore nécessaires pour que les instruments soit complets et qu'ils puissent livrer des données comparables.

- l'identification et la classification des conséquences de la consommation de psychotropes nécessite encore des efforts en vue d'améliorer la représentativité des données. Le recours aux travaux de recherche internationaux dans ce domaine constitue une étape nécessaire pour assurer cette qualité. L'amélioration de la couverture des statistiques de traitement doit aussi faire l'objet d'efforts ;
- le travail de synthèse pourrait encore être amélioré si il répondait à un plan de surveillance, c'est à dire aux questions et objectifs qui permettent de conduire les interventions de santé publique, et s'il comprenait l'ensemble des données disponibles.

7.5.4 Critère 4 : utilité du système

Les données produites par les différents instruments de surveillance ont été utiles pour identifier la diffusion de certains comportements et de certaines conséquences, et pour la compréhension de différentes caractéristiques de la consommation de psychotropes en Suisse. Toutefois, cette qualité peut encore être renforcée, notamment par de nouvelles analyses, éventuellement combinées, des données disponibles pour la compréhension générale de la situation et de l'évolution en matière de consommation de psychotropes et de ses conséquences.

8 PISTES POUR L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE ACTUEL

Les résultats de l'analyse menée au chapitre précédent permettent d'énoncer une série de pistes d'amélioration pour le système de surveillance de la consommation de psychotropes en Suisse. Ces pistes concernent les diverses caractéristiques d'un système de surveillance :

- développer un véritable système ;
- choix des instruments (récoltes de données) ;
- mise en commun et l'analyse des données de surveillance ;
- valorisation du résultat de la surveillance ;
- utilisation de ce résultat.

8.1 DÉVELOPPER UN VÉRITABLE SYSTÈME

Un plan directeur général pour la surveillance de la consommation de psychotropes et ses conséquences devrait être le premier élément d'une amélioration du système de surveillance. Ce plan devrait indiquer quel est l'objet que doit cibler la surveillance et en particulier :

- Quelles sont les catégories de substances qui sont concernées ?

Il est suggéré de prendre pour objet toutes les substances psychotropes, prises une à une ou en cas de faible diffusion par familles de substances, puisque la plupart des instruments de surveillance recensent leur usage et que l'on sait désormais que les comportements de multi-consommation sont largement diffusés. En outre, ces substances présentent un certain nombre de caractéristiques communes ou largement partagées (effets sur le système nerveux central, capacité à induire une dépendance, possibilité d'usages excessifs) qui rend pertinent une surveillance commune. Les analyses par substances individuelles ne sont en outre pas remises en cause par ce choix.

- Quels sont les comportements qui doivent particulièrement faire l'objet d'une surveillance ?

Ici, il est suggéré de surveiller l'usage (ou consommation à faible risque), le mésusage (ou consommation à risque aigu) et l'abus (ou consommation à risque chronique). Ces catégories permettent de couvrir les principaux comportements et notamment ceux qui sont délétères pour la santé et qui peuvent être liés, au moins partiellement, avec différentes catégories de conséquences identifiables (aiguës : accidents avec facultés affaiblies, intoxications, etc. ; chroniques : dépendances, cancers, cardiopathies, cirrhoses, etc.).

- Quelles sont les conséquences qui peuvent être entraînées par ces comportements et qui doivent donc aussi être surveillées ?

La réponse à cette question découle de la précédente : les conséquences qui devraient surtout faire l'objet d'une surveillance sont les conséquences aiguës et chroniques.

- Quels sont les objectifs de la surveillance ?

Le principal objectif de la surveillance est d'observer la diffusion des comportements et de leurs conséquences dans la population et de détecter les changements à ces niveaux. D'autres objectifs peuvent être ajoutés en fonction des priorités de recherche ou de *policy making* dans le domaine de la consommation de psychotropes. On peut toutefois avancer au moins un objectif complémentaire souhaitable : identification des groupes à risque et suivi et analyse de leurs comportements.

- Quelle est la population dont les comportements doivent faire l'objet de la surveillance ?

La population générale en âge de consommer des psychotropes doit faire l'objet de la surveillance générale. En outre, les comportements de certaines sous-populations (classes d'âge, sexe, aire culturelle, etc.) devraient être utilisés pour l'identification des groupes à risque. Finalement, les populations qui présentent des risques très élevés en matière de santé (gravité des conséquences) doivent faire l'objet d'une surveillance particulière.

- Quel est le mode de fonctionnement qui permet d'atteindre ces objectifs ?

La plupart des pays voisins de la Suisse ont développé des observatoires nationaux sur les drogues et les dépendances. Ce modèle présente différents avantages : il favorise une vision d'ensemble des besoins de surveillance et, donc, la fixation de priorités. Il permet de mieux coordonner et standardiser les différents travaux de surveillance et il constitue un siège idéal pour l'analyse et la valorisation des résultats de surveillance. La reprise d'un tel modèle serait donc souhaitable et devrait être élargi au thème de la consommation de psychotropes et de ses conséquences. Il pourrait prendre différentes formes en Suisse : un centre de compétence (*Fachstelle*) à l'OFSP, une agence externe mandatée ou encore un rattachement à l'Observatoire Suisse de la Santé. Dans tous les cas, il faut s'assurer que cet organe dispose des moyens pour coordonner les travaux de surveillance et procéder aux analyses et valorisations nécessaires.

8.2 CHOIX DES INSTRUMENTS

8.2.1 Les données de base existent

Les bases nécessaires pour répondre au premier objectif de la surveillance, soit l'observation de la diffusion d'un comportement dans la population, existent depuis une dizaine d'années. Ces bases comprennent :

- Les données sur la vente des substances légales, mais éventuellement aussi des médicaments psychotropes, en Suisse. Elles permettent une surveillance générale des volumes consommés en Suisse ;
- L'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) et l'enquête chez les écoliers (HBSC) couvrent les comportements en matière de consommation de psychotropes dans la population âgée de 11 à 74 ans. Elles permettent donc d'observer les principales évolutions comportementales dans différentes classes d'âge.

Ces deux sources de données constituent la partie essentielle du système de surveillance. Elles pourraient cependant faire l'objet de deux types d'améliorations. La première concerne l'amé-

lioration des indicateurs, particulièrement dans l'ESS, qui permettrait de mieux documenter certains *patterns* de consommation (*binge drinking*) ou de documenter des sujets jusqu'ici non couverts (injection). La seconde amélioration est l'introduction d'un système d'alerte^{17,22-24} permettant d'assurer deux fonctions : assurer la mise à jour des variables (nouvelles substances, nouveaux *patterns* de consommation) utilisées dans les enquêtes sur la santé et identifier des problèmes émergents qui doivent faire l'objet d'études ponctuelles (*outbreak investigation*).

Certaines données sur les conséquences liées à la consommation de psychotropes peuvent aussi servir de données de base dans ce domaine. Certaines pathologies et causes de décès spécifiques (les accidents de la route avec facultés affaiblies et leurs suites, les intoxications fatales, la dépendance (à partir des statistiques de traitement et des enquêtes comportementales), les infections par le VIH liées à l'injection de drogue, les maladies dont la grande majorité des cas peut être attribuée à la consommation de psychotropes (cancers du poumon, cirrhoses), etc.) peuvent être identifiées à l'aide des statistiques existantes et devraient faire l'objet d'un suivi régulier permettant d'estimer globalement l'évolution de l'ampleur des dommages causés par la consommation de psychotropes.

Cet ensemble de données de surveillance permet de couvrir la surveillance comportementale et une partie des conséquences de la consommation de psychotropes dans la population suisse et de mener un premier ensemble d'analyses concernant leur diffusion et leur évolution.

8.2.2 Les autres données doivent faire l'objet d'un choix raisonné et, surtout, être complémentaires

La mise en œuvre d'autres instruments doit servir à identifier des comportements et des conséquences qui ne peuvent être observées à l'aide des instruments de base. Cela signifie qu'il faut d'abord s'assurer que l'information voulue ne peut déjà être obtenue et qu'elle va apporter une plus-value qui va permettre d'améliorer la prise de décision en matière de santé publique. Différents critères de choix peuvent être à l'origine du développement des instruments complémentaires : la gravité des problèmes dans une population donnée ou liés à un comportement, la nécessité d'évaluer les actions entreprises, la volonté de mieux comprendre les caractéristiques d'un comportement avant de planifier un programme, etc. Ces critères de choix auront une incidence sur le choix du type d'instrument et le recours à des enquêtes répétées, plutôt qu'à une enquête ponctuelle, doit être spécifiquement justifié.

Dans tous les cas, il importe d'articuler les instruments complémentaires sur les données de base. Les indicateurs et variables utilisées, en particulier, doivent permettre de lier les nouveaux instruments avec les indicateurs de base. Cette standardisation est l'une des principales améliorations qui peut être faite dans une optique de surveillance. Elle ne se limite cependant pas aux instruments mais aussi à l'analyse des données puisqu'il est souhaitable que les résultats provenant des données de base et des données complémentaires puissent se compléter pour une meilleure compréhension de l'objet étudié.

Il importe aussi d'évaluer la plus-value offerte par les instruments complémentaires. Trop souvent ceux-ci fournissent des informations identiques (prévalence de la consommation de chacune des substances) à celles qui peuvent être obtenues dans les données de base. Il faut au contraire qu'elles permettent de mieux comprendre ces comportements ou d'identifier les pratiques des groupes à risque et leurs conséquences.

Les enquêtes et statistiques qui portent spécifiquement sur la consommation de psychotropes ou sur ses conséquences doivent être les premières à faire l'objet de l'évaluation de leur utilité com-

plémentaire puisque ce sont celles qui relèvent spécifiquement des ressources et de la planification dans ce domaine.

8.3 MISE EN COMMUN ET ANALYSE DES DONNÉES

Les données de base spécifiées ci-dessus doivent être mise en commun et analysées de concert pour estimer les principales évolutions en matière de consommation de psychotropes en Suisse. Un plan général d'analyse, comprenant les principales questions portant sur la prévalence des comportements dans la population doit être élaboré à cet effet. Quant aux données complémentaires, elles doivent faire l'objet d'une appropriation en termes de surveillance. Il s'agit là de les mettre en parallèle avec les données de base pour fournir un éclairage complémentaire sur des dimensions particulières.

Le rôle de l'Observatoire sera de s'assurer que les données complémentaires lui parviennent et de développer un instrument de mise à jour et d'analyse des connaissances qui permet une accumulation des connaissances.

8.4 DIFFUSION DES RÉSULTATS

L'Observatoire européen dans le domaine des drogues illégales (OEDT/EMCDDA), ainsi que différents observatoires nationaux, ont développé des modèles de rapports annuels permettant de mettre à jour les connaissances sur la consommation de psychotropes et ses conséquences. Un tel instrument, sous forme de brochure, de document électronique, de résumé et de communiqué de presse, s'avère très utile pour diffuser l'état des connaissances sur un phénomène donné. Le CD-Rom de l'ISPA en Suisse est proche d'un tel instrument mais il serait souhaitable qu'il contienne toutes les données complémentaires existantes et qu'il soit publié par la principale autorité de santé publique en Suisse. La fréquence de publication pourrait cependant être moins élevée et un rapport tous les deux à trois ans serait sans doute suffisant pour assurer l'adéquation des informations à la réalité. Finalement, l'existence d'un Observatoire constituera aussi un vecteur pour la diffusion d'informations à la demande.

8.5 UTILISATION DES RÉSULTATS

Le document mentionné ci-dessus devrait constituer l'outil de base pour la planification mais aussi pour l'évaluation des interventions de santé publique. La tâche des décideurs sera d'intégrer les informations ainsi obtenues dans les processus d'élaboration et de conduite de leurs programmes et politiques. Cela ne signifie pas que toutes les informations nécessaires à la prise de décision pourront être obtenues dans ce cadre, mais simplement que toute activité en santé publique doit s'appuyer sur l'état des données et connaissances de surveillance. En outre, il serait souhaitable, comme cela a déjà été dit, que les décideurs fassent appel aux ressources et directives de l'Observatoire pour le développement des autres instruments et données dont ils ont besoin. C'est ainsi que la réponse à certaines questions spécifiques et la croissance générale des connaissances seront le mieux articulées.

ANNEXE 1 : LISTE DES ABREVIATIONS

Abréviation	Intitulé
AUDIT	Alcohol use disorders identification test
AVCI	Années de vie en bonne santé perdues
BPA	Bureau de prévention des accidents
CDC	Centers for disease control and prevention
CISC	Communauté de l'industrie suisse de la cigarette
EMCDDA	European monitoring centre for drugs and drug addiction
EPSS	Enquête pour l'Evaluation de la prévention du Sida en Suisse
ESPAD	European school survey project on alcohol and other drugs
ESS	Enquête suisse sur la santé
FOS	Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (Ligue pour les traitements résidentiels de la toxicomanie)
GHB	Gamma-hydroxybutyrate
GRSA	Groupement de recherche sur la santé des adolescents
IBSF	Institut für Begleit- und Sozialforschung
ICDP	Institut de criminologie et de droit pénal
ISF	Institut für Suchtforschung
ISPA	Institut suisse pour la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
LSD	Lysergik Säure Diéthylamide
MDMA	3,4-méthylènedioxymétamphétamine
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFP	Office fédéral de la police
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ProMeDro	Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue
PROVE/HeGeBE	Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln/Heroingeschützte Behandlung
RFA	Régie fédérale des alcools

SAKRAM/CIRSA	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentabhängige/Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie
SAMBAD	Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue
SBS	Structure à bas-seuil d'accessibilité
SMASH	Swiss multi-centric adolescent survey on health

9 ANNEXE 2 : LES PRINCIPAUX OUTILS DE SURVEILLANCE

Il existe une série d'instruments utiles à la réalisation de la surveillance d'un problème de santé publique. Il peut s'agir de données enregistrées de manière routinière par différentes institutions (statistiques, registres) ou d'enquêtes réalisées en population générale ou populations spécifiques.

Dans le cas de la consommation de substances psychotropes, les données de routine vont principalement permettre de rendre compte du volume moyen de consommation (alcool, tabac) ou des conséquences liées à la consommation (drogues illégales, alcool, tabac), mais ne pourront en aucun cas identifier les modes de consommation ou les comportements associés. Dès lors, il est nécessaire de procéder à des enquêtes en population générale permettant d'obtenir d'une part des indicateurs directs de consommation, et d'autre part des informations sur les consommateurs et leur comportement. Il peut s'avérer que ces enquêtes ne soient pas suffisamment sensibles pour détecter des problèmes intervenant dans une part minoritaire de la population. Des enquêtes spécifiques dans ces populations particulières peuvent alors se montrer nécessaires. Ces enquêtes, quand elles sont menées de manière répétée, permettent non seulement de faire un point de la situation à un moment donné, mais aussi de mettre en évidence des tendances en termes de consommation et de comportement.

Il existe en Suisse plusieurs enquêtes en population générale, visant principalement les jeunes. Deux d'entre elles sont en fait des études internationales auxquelles la Suisse prend part depuis plusieurs années pour l'une et pour la première fois cette année pour l'autre. Quant aux données existantes, ou récoltées de manière routinière, elles proviennent de diverses sources, comme l'Office fédéral de la police (OPF), l'Office fédéral de la statistique (OFS) ou encore les registres de maladies infectieuses. Pour les substances légales que sont l'alcool et le tabac, les données de l'industrie constituent aussi une source d'informations.

Dans la partie qui suit ces différentes sources de données seront décrites selon leurs caractéristiques (contenu, méthode, population visée) et une brève critique sera émise en fonction de certains critères de qualité reconnus (Centers for disease control and prevention - CDC) comme la validité (sensibilité et représentativité), la flexibilité et l'utilité. Finalement, une brève synthèse sera effectuée.

9.1 LES ENQUÊTES TRANSVERSALES SUR LA SANTÉ EN GÉNÉRAL

9.1.1 Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'enquête suisse sur la santé est une vaste enquête transversale réalisée auprès des ménages résidant en Suisse. Elle a pour but l'observation de l'évolution de l'état de santé et de ses principaux déterminants dans la population, et la création d'une base de données nationale sur les questions liées à la santé. Les différents thèmes abordés au cours de l'enquête sont le bien-être (psychique, physique et moral), les conditions de vie, les ressources en matière de santé, les caractéristiques propres au mode de vie et au comportement en matière de santé, les assurances-maladie, le recours au système de soins. D'un point de vue organisationnel, c'est la Section santé de l'OFS qui est responsable de la coordination et de la réalisation du projet.

- Population visée

L'enquête est réalisée sur un échantillon aléatoire composé de ménages suisses disposant d'un raccordement téléphonique. Lors de la dernière édition (2002), ce sont 31'000 ménages de toute la Suisse qui ont été tirés au sort. Ce chiffre inclut la sur-représentation de certains cantons qui souhaitaient obtenir un échantillon suffisant pour des analyses au niveau cantonal. Une personne d'au moins 15 ans (mais au maximum 74 ans) a été choisie de manière aléatoire dans chacun de ces ménages. Au final ce sont près de 20'000 personnes qui ont participé à l'enquête, ce qui correspond à un taux de participation de plus de 60%.

- Méthode de collecte de données

Cette enquête se compose d'un entretien téléphonique suivi d'un questionnaire écrit à compléter. Les questions concernant les **drogues illégales** n'ont été adressées qu'aux personnes âgées de 15 à 64 ans.

D'un point de vue organisationnel, l'Enquête suisse sur la santé se déroule sur une année avec une récolte de donnée réalisée en quatre vagues saisonnières.

- Substances considérées

L'Enquête suisse sur la santé s'intéresse aux substances **licites** que sont le tabac, l'alcool et les médicaments prescrits. En ce qui concerne le **tabac**, l'enquête investigate la consommation actuelle des individus, et ce en termes de cigarettes, cigarillos, cigares ou pipes. Elle met aussi en évidence les ex-fumeurs au moyen de deux questions. Pour **l'alcool**, une première question permet d'identifier les personnes abstinentes et de mesurer la consommation habituelle d'alcool de la population. L'enquête permet aussi à ce niveau d'identifier les anciens buveurs. Elle fournit encore des indications sur la prévalence de la consommation de **bière**, de **vin**, de **cidre** et de **spiritueux** au cours de la semaine précédant l'enquête, ainsi qu'au cours de l'année précédant l'enquête.

En ce qui concerne les substances **illicites**, l'ESS mesure en premier lieu une prévalence générale à vie de la consommation. Puis, de manière détaillée, elle va s'enquérir de la consommation à vie ainsi que de la consommation actuelle de différentes substances ou plus rarement de familles de substances. En effet, l'ESS ne considère pratiquement que des substances "pures" comme **l'héroïne**, la **cocaïne**, le **cannabis**, la **méthadone** ou **l'ecstasy**, voire même, les **amphétamines** qui semblent être plutôt comprises comme une substance à part entière et non pas comme une famille, alors que les **hallucinogènes** (LSD, mescaline, psilocybine) sont considérés comme une famille et non comme des substances indépendantes.

- Mode de consommation

L'Enquête suisse sur la santé n'investigue pas les modes de consommation (et en particulier pas l'injection de drogues illégales).

- *Patterns* de consommation

Pour les drogues légales, et l'alcool en particulier, l'ESS cherche à mettre en évidence les différents modèles de consommation. Les indicateurs utilisés se rapportent généralement à des fréquences et des volumes de consommation.

En ce qui concerne le **tabac**, l'ESS concentre ses questions sur les fumeurs actuels. Leur consommation est estimée en termes de quantité liée à une fréquence (nombre de cigarettes par jour). Par ailleurs, ce n'est pas l'âge d'initiation qui intéresse l'ESS, mais l'âge du début de la consommation régulière.

Pour ce qui est de l'alcool, l'ESS utilise d'autres indicateurs que pour le tabac. En effet, si le volume consommé reste une information qu'elle collecte, l'ESS ajoute une notion de fréquence. Donc, pour chacune des boissons alcoolisées que sont la bière, le vin, le cidre ou les spiritueux, l'ESS investigate le nombre consommations quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles, ainsi que les quantités qui sont consommées à chaque occasion. Afin de mettre en évidence les consommations excessives sporadiques, une notion de durée ("en une seule fois") est introduite dans une des questions. On obtient alors un indicateur de la prévalence ainsi que de la fréquence du type de consommation que l'on appelle *binge drinking*. Cet indicateur est présent dans d'autres enquêtes transversales, mais l'ESS a la particularité d'utiliser une valeur standard qui lui est propre (8 verres et plus au cours d'une même occasion.).

En ce qui concerne les **drogues illégales**, l'ESS se focalise sur la fréquence de la consommation au cours de la dernière année.

- **Conséquences**

Pour le **tabac**, l'indicateur de volume (nombre de cigarettes par jour) vu ci-dessus combiné à un indicateur spécifique de l'heure de la 1^{ère} cigarette permet d'estimer le degré de dépendance. Ce dernier est encore évalué en fonction des différentes tentatives d'arrêt et des moyens utilisés ainsi que du désir d'arrêter.

En ce qui concerne l'**alcool**, plusieurs indicateurs s'intéressent aux conséquences liées à sa consommation (blessures, perte de maîtrise de soi, perte de mémoire, culpabilité, etc.), rapportées par les personnes interrogées. Ces différents indicateurs font partie d'un indicateur composite qui permet d'évaluer la dépendance à l'alcool, le questionnaire AUDIT^a

- **Périodicité**

On peut encore préciser que l'Enquête suisse sur la santé a lieu de manière régulière tous les cinq ans, la première édition ayant eu lieu en 1992/1993.

- **Forces et limites de l'enquête**

L'Enquête suisse sur la santé prend en compte un échantillon issu des ménages de Suisse disposant d'un raccordement téléphonique. Dès lors, on peut poser la question de la représentativité du fait qu'une partie de la population aujourd'hui ne possède plus qu'un téléphone portable dont le numéro n'est pas systématiquement répertorié dans un annuaire. On peut préciser ici que ceci est la même chose pour toutes les enquêtes téléphoniques comme le monitoring tabac ou les enquêtes ponctuelles alcool et cannabis (voir plus loin).

Par ailleurs, et plus précisément en rapport avec la consommation de substances illégales, exception faite du cannabis, le nombre de consommateurs dans la population générale est relativement peu important. De surcroît, certaines populations consommatrices sont suffisamment marginalisées pour ne pas être atteintes par ce type d'enquête (par exemple, les usagers par injection).

La sensibilité de l'enquête pourrait aussi être entachée de biais tels que celui de désirabilité sociale ou de mémoire, ce qui est propre à toute enquête auprès de la population sur le thème de la consommation de drogues, illégales entre autres.

^a Le questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) est développé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. Il comprend dix questions investiguant la consommation durant l'année écoulée. Le score totalisé permet l'évaluation du degré de dépendance.

L'enquête suisse sur la santé est une source de données facilement accessible et étant répétée de manière systématique tous les cinq ans, elle permet un très bon suivi des tendances en matière de santé dans la population, et plus particulièrement de la consommation de substances. Reste la question des populations non atteintes, mais combinée à d'autres sources d'informations, elle apporte une contribution importante en matière de surveillance de la consommation de drogues légales et illégales.

Etant non spécifique, elle permet aussi des analyses plus complexes en utilisant les autres variables des domaines de la santé et du social.

Tableau 25 Synthèse ESS

Population		Méthode	Périodicité		
15-74 ans (15-64 ans pour drogues illégales)		Entretien téléphonique et questionnaire écrit auprès des ménages résidant en Suisse	5 ans / 2002		
			Tabac*	Alcool**	Illégal***
Substances					
Prévalence de la consommation	à vie		•	•	•
	actuelle		•	•	•
Patterns					
Précocité	âge 1 ^{ère} consommation				• [▽]
	âge consommation régulière		•		
Fréquence de consommation	au cours de la vie (nombre de fois)				• [▽]
	au cours de l'année précédente (nombre de fois par semaine ou par mois)			•	•
	au cours de la semaine précédente (nombre de fois par jour ou par semaine)			•	
Volume de consommation	nombre de verres standards			•	
	nombre de cigarettes quotidiennes		•		
Fréquence consommation excessive épisodique	au cours de l'année précédente			•	
Conséquences					
Dépendance	heure de la 1 ^{ère} cigarette		•		
	tentative d'arrêt		•		
	AUDIT			•	
Individuelles	à vie			•	
	au cours de la dernière année			•	
Contexte					
	entourage			•	
	exposition au tabagisme passif		•		

* les produits à base de tabac sont traités chacun pour soi : cigarette, cigare, cigarillo et pipe

** les boissons alcoolisées sont traitées chacune pour soi : bière, vin, cidre et spiritueux

*** les drogues illégales sont catégorisées comme suit : cannabis, héroïne, cocaïne, méthadone, ecstasy, amphétamines, hallucinogènes, autres et ce pour la population entre 15 et 64 ans

▽ uniquement pour le cannabis

9.1.2 Health behavior in school-aged children (HBSC)

Le but de l'enquête HBSC est de comprendre les comportements des jeunes vis-à-vis de leur santé et de leur bien-être dans leur contexte social. Elle porte sur la vie quotidienne et la santé des écoliers âgés de 11 à 15 ans. C'est une enquête internationale, coordonnée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'HBSC a été initiée en 1982 par les chercheurs de trois pays avant d'être reprise par l'OMS. Aujourd'hui, ces sont 36 pays et régions qui participent à cette enquête. Chaque région est représentée par un investigateur principal et une équipe de recherche. En Suisse, c'est l'ISPA qui gère cette enquête.

▪ Population visée

La population cible est celle des écoliers âgés de 11 à 15 ans. L'enquête est menée sur un échantillon représentatif dans chaque pays participant. L'échantillon est constitué d'environ 1500 écoliers de chaque tranche d'âge pour chaque pays. En Suisse, lors de la dernière édition (2002), ce sont 689 classes de la 5^{ème} à la 9^{ème} année qui ont été sélectionnées. Au final, l'échantillon national a été constitué de 10'115 écoliers âgés de 11 à 16 ans. Un sur-échantillonnage a été de surcoût effectué dans neuf cantons, amenant l'échantillon final à près de 16'000 écoliers. L'échantillon est représenté par des classes tirées au sort sur la base du fichier de l'Office fédéral de la statistique qui répertorie toutes les classes des écoles publiques.

▪ Méthode de récolte de données

L'HBSC est une enquête dans le milieu scolaire obligatoire, pour laquelle la récolte de données s'effectue à l'aide d'un questionnaire rempli par les écoliers dans leur classe. Le questionnaire est standard, élaboré par un réseau international de chercheurs. L'enquête possède un set de questions de base obligatoires abordant les caractéristiques socio-démographiques, les ressources individuelles et sociales, les comportements de santé (activité physique, alimentation, tabac, alcool, drogues, comportement sexuel, violence), et les résultats sanitaires (perception de la santé, satisfaction, symptômes). De nombreux pays ajoutent leurs propres questions relatives à des problématiques spécifiques. Pour la Suisse, deux versions du questionnaire ont été élaborées. En effet, les questions relatives à la consommation de drogues illégales ont été posées seulement aux jeunes de 14 ans et plus.

▪ Indicateurs recueillis en terme de consommation de substances psychotropes

L'enquête HBSC comprend des indicateurs de base en ce qui concerne la prévalence de la consommation. Pour les drogues légales, ce sont la prévalence à vie et la prévalence actuelle avec une mesure de fréquence, alors que pour les drogues illégales on mesure la prévalence à vie, et pour le cannabis, la consommation actuelle sur le dernière année. L'enquête cherche encore à connaître l'âge du début de la consommation pour le tabac et l'alcool, ainsi que l'âge de la 1^{ère} ébriété. Dans la dernière édition de l'enquête HBSC, l'ISPA a encore ajouté des questions concernant la disposition des jeunes à consommer des substances psychotropes ainsi que les raisons qui les poussent à consommer ou à ne pas consommer.

▪ Substances considérées

L'enquête HBSC investigate la consommation de substances licites, telles que le **tabac** et l'**alcool**, ainsi que de substances illicites (ou licites mais dont l'usage est détourné, comme les médicaments). Ces consommations sont estimées en fonction d'un indicateur de prévalence à vie. A ce stade-là, il n'est fait aucune distinction au sein de chaque classe de substances. En revanche, lorsqu'il s'agira de déterminer la fréquence de consommation de substances psychotropes, les bois-

sons alcoolisées telles que la **bière**, le **vin**, la **limonade alcoolisée**, les **alcools forts**, le **champagne**, les **cocktails** et les **apéritifs** seront considérées de manière indépendante.

De la même façon, HBSC tient compte de différentes substances illégales. La plupart des produits sont cités en termes de substance "pure", éventuellement au moyen de différentes appellations. Ces produits sont la **cocaïne** (ou coke), l'**ecstasy**, le **LSD**, les **champignons hallucinogènes**. Les **dérivés du cannabis** sont identifiés comme joint, shit, herbe cône, marijuana, haschich. Pour les opiacés, c'est l'**héroïne** qui est mentionnée associée à l'opium et à la morphine. Les amphétamines et le speed sont rassemblés sous le terme générique de **stimulants**. Quant aux **médicaments**, ils sont tous considérés sous le terme générique non spécifique de **médicaments pour se droguer**. Finalement, les **colles et solvants** figurent aussi dans le questionnaire.

- **Mode de consommation**

Le mode de consommation n'est pas investigué dans l'enquête HBSC.

- **Patterns de consommation**

En ce qui concerne le **tabac**, l'enquête HBSC demande la fréquence de la consommation actuelle, ainsi que la quantité. Cette enquête s'intéresse encore à l'âge du début de la consommation.

Pour ce qui est de l'**alcool**, HBSC identifie uniquement les fréquences de consommation actuelle. En revanche, la notion de volume intervient indirectement dans les indicateurs d'état d'ébriété, pour lesquels HBSC utilise une variable de fréquence au cours de la vie. L'âge lors de la première consommation d'alcool ainsi que l'âge lors de la 1^{ère} ébriété sont aussi identifiés.

En ce qui concerne les **drogues illégales**, HBSC distingue les consommateurs expérimentaux des consommateurs devenus réguliers, et ce au moyen des indicateurs de fréquence de consommation à vie et au cours de la dernière année (uniquement pour le cannabis).

- **Conséquences / contexte / autres**

La dépendance au **tabac** est identifiée au moyen d'un indicateur investiguant le délai temporel écoulé avant de fumer la 1^{ère} cigarette de la journée.

Une notion d'accessibilité au produit est investiguée pour la substance illégale qu'est le cannabis. Pour toutes les autres drogues illégales (et cannabis compris), HBSC s'enquiert de la disposition à consommer, ou du moins à accepter une offre de produits.

Finalement, en termes de comportement, HBSC pose des questions qui ont pour objectif de mettre en évidence les raisons qui font que les jeunes consomment ou ne consomment pas de substances psychotropes, légales ou illégales.

- **Périodicité**

La première étude a été menée en 1983/1984, la seconde en 1985/1986 et depuis la récolte de données a lieu tous les quatre ans. La dernière édition s'est déroulée en 2001/2002, les résultats ayant paru en 2003.

- **Forces et limites de l'enquête**

On peut estimer que la représentativité de l'enquête HBSC est bonne, du fait que l'échantillon est issu d'une population qui englobe tous les jeunes de la tranche d'âge visée, la scolarité étant obligatoire jusqu'à 15 ans. On peut cependant noter que l'échantillon est représentatif de la

9.1.3 Swiss Multi-center Adolescent Survey on Health (SMASH)

Le but global de l'enquête SMASH 2002 était non seulement de fournir une photographie de la situation et de l'état de santé de la population adolescente, les décrivant sur la base d'indicateurs relatifs aux besoins perçus et aux comportements, mais aussi de permettre de mesurer l'évolution sur une décennie. En effet, une première enquête avait eu lieu en 1992/1993. Cette seconde édition a été menée conjointement par des groupes de recherche des trois régions linguistiques (IUMSP Lausanne ; Institut de psychologie, Berne ; Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, Tessin). Une majorité des cantons (19) a accepté de collaborer.

- Population visée

L'enquête SMASH vise la population adolescente (16-20 ans) engagée dans des filières scolaires et de formation professionnelle d'Etat. L'échantillon a été sélectionné selon une méthode probabiliste en grappe. Des classes entières ont été tirées au sort dans une base de données préparée à partir des listes de classes (élèves et apprentis) fournies par chaque canton. Pour l'enquête de 2002, ce sont près de 9000 jeunes qui ont été interrogés.

- Méthode de collecte de données

L'enquête SMASH demande aux élèves et apprentis de remplir un questionnaire par écrit, en classe et ce en l'absence du professeur. Ce questionnaire était inspiré de celui de 1992, mais ne fut pas exactement le même.

- Indicateurs recueillis en termes de consommation de substances psychotropes

Cette étude s'intéresse à deux aspects complémentaires de la santé, l'un fournissant des données sur la situations sociale des jeunes (entourage, etc.) et l'autre fournissant des données sur la prévalence des comportements. En ce qui concerne la consommation de drogues légales et illégales, l'enquête SMASH s'attache avant tout aux questions relatives aux rapports qu'ont les jeunes avec les substances. Si les indicateurs épidémiologiques usuels (fréquence de la consommation) sont bien présents, SMASH utilise aussi des indicateurs permettant de mettre en évidence certains types de consommation, et ce en fonction de la substance considérée.

- Substances considérées

L'enquête SMASH va s'intéresser, comme la plupart des enquêtes, à la prévalence de la consommation des substances légales que sont le **tabac** et l'**alcool**. Distinction est faite entre différents produits alcoolisés comme le **vin**, la **bière**, les **alcools forts**, les **cocktails** ou encore les *alcopops*.

Pour ce qui est des substances illégales (ou dont l'usage licite est détourné), SMASH est une enquête qui propose un grand nombre de subdivisions, dont certaines ne figurent pas dans d'autres enquêtes.

Plus précisément, l'**héroïne**, la **cocaïne**, le **cannabis**, la **méthadone**, le **GHB**, sont considérés comme des substances indépendantes. Parmi les familles de substances, on trouve les **hallucinogènes** (LSD, champignons), bien que les **solvants** et les **colles** constituent encore une autre catégorie. Finalement, les substances classées dans une famille sont les médicaments (eux-mêmes divisés en **médicaments pour se droguer** et **tranquillisants sans ordonnance**) et les **stimulants** regroupant toute une série de substances (ecstasy, thaï, *speed*, *designer drugs*, autres stimulants). Pour toutes ces substances (ou classes de substances), l'enquête SMASH cherche à identifier la prévalence de la consommation à vie ainsi qu'au cours du dernier mois. Il faut encore noter que

SMASH prévoit une catégorie "**autre**" qui permet aux jeunes d'évoquer une nouvelle substance consommée non citée ou une autre façon de nommer une substance connue.

- **Mode de consommation**

L'enquête SMASH possède une question sur le mode de consommation qu'est l'injection. Elle demande la prévalence à vie de ce mode d'administration.

- **Patterns de consommation**

Pour le **tabac**, SMASH identifie la fréquence de consommation. Elle utilise aussi l'indication du volume de consommation en lien avec une fréquence quotidienne ou hebdomadaire (nombre de cigarettes fumées par jour ou par semaine). En outre, SMASH demande l'âge du début de la consommation régulière, ce qui est un indicateur de la précocité de ce type de consommation.

En ce qui concerne l'**alcool**, SMASH ne prend en compte que la fréquence de la consommation actuelle et non le volume. Cependant, deux *patterns* de consommation pouvant engendrer des risques immédiats sont identifiés, la consommation excessive épisodique (*binge drinking*) et l'état d'ébriété, qui tous deux font intervenir une notion de volume, ainsi que de durée dans le cas du *binge drinking*. Les indicateurs utilisés sont la fréquence à vie et actuelle pour l'état d'ébriété, ainsi que la fréquence au cours de l'année pour les deux types de *patterns* spécifiques.

En ce qui concerne les **drogues illégales**, SMASH va faire la distinction entre consommation expérimentale et consommation régulière au moyen de la prévalence à vie et de la fréquence de la consommation au cours du dernier mois. SMASH introduit encore un indicateur de précocité (âge de la 1^{ère} consommation)

- **Conséquences / contexte / autres**

Pour l'**alcool**, une question relative aux conséquences de la prise d'alcool exprimée en termes de problèmes individuels, relationnels ou encore au niveau des relations sexuelles.

Pour les **drogues illégales**, de la même manière que pour l'alcool, une question relative aux conséquences de la prise d'alcool exprimée en termes de problèmes individuels, relationnels ou encore au niveau des relations sexuelles.

- **Périodicité**

L'enquête SMASH a été réalisée une première fois en 1992/1993 de manière ponctuelle. La seconde, menée dix ans après, n'en fait pas pour autant une enquête périodique puisque rien n'est prévu pour l'instant prévu pour la suite.

- **Forces et limites de l'enquête**

L'enquête SMASH se base sur un échantillon d'élèves et d'apprentis inscrits dans les écoles d'Etat. Le public source représente environ 80% des jeunes entre 16 et 20 ans. Dès lors on peut se poser la question de la généralisation des résultats à l'ensemble des jeunes de cette tranche d'âge. En effet, les jeunes non atteints par cette enquête peuvent se trouver dans différentes situations qu'il est difficile à évaluer. Soit ce sont des jeunes hors du circuit, au chômage, dans la rue, susceptibles de décrocher. Soit ce sont des jeunes qui se trouvent dans des écoles privées ou qui ont terminé un apprentissage et dès lors qui se trouvent déjà dans le monde du travail. Ces deux types de situations appellent à des problématiques peut-être différentes. On peut relever que lors de la première édition de l'enquête SMASH, une seconde étude avait été menée en

parallèle auprès d'un petit échantillon de jeunes non scolarisés "en décrochage" qui avait alors permis de mettre en évidence la différence entre les deux groupes d'adolescents.

Au niveau de la méthode, le fait que le questionnaire soit administré par des personnes extérieures à l'établissement scolaire permet de diminuer le biais de désirabilité sociale (pouvant entraîner une sous-déclaration) et certainement d'améliorer la sensibilité de l'enquête.

En termes d'utilité, l'enquête SMASH est une source d'informations importantes en matière d'attitudes et de comportements des adolescents suisses face à la santé. Avoir profité de l'opportunité de faire concorder cette deuxième édition de SMASH avec le calendrier de l'enquête internationale HBSC (11-16 ans) a permis d'obtenir une vision globale de la situation pour la tranche d'âge 11-20 ans. De plus, pour la première fois, le groupe d'âge suivi en 1998 par HBSC est celui se retrouvant dans SMASH en 2002. Sans que l'on puisse parler d'un suivi de population puisque les recrutements des deux enquêtes diffèrent, cet état de fait offre des perspectives intéressantes du point de vue de l'évolution des pratiques en termes de consommation de substances psychotropes.

L'enquête SMASH détaille passablement les catégories de substances citées. Elle ne se limite pas à indiquer une catégorie "stimulants", mais va donner une série de produits apparentés (ecstasy, thaï, *designer drug*) facilitant d'une part la déclaration de la personne interrogée et d'autre part l'analyse par la suite. En outre, elle offre la possibilité de mentionner une nouvelle substance ou une nouvelle dénomination (catégorie "autre").

Tableau 27 Synthèse SMASH

Population		Méthode	Périodicité		
16-20 ans		Questionnaire écrit dans les classes, filières scolaires et professionnelles	--		
			Tabac	Alcool*	Illégal**
Substances					
Prévalence de la consommation	à vie			●	●
	actuelle		●		●
Mode de consommation					
Prévalence de l'injection	à vie				● [▽]
Patterns					
Précocité	âge 1 ^{ère} consommation				●
	âge consommation régulière		●		
Fréquence de consommation	actuelle [®]		●	●	
	au cours du dernier mois (nombre de fois 1-2 ou 3-9 ; plus souvent)				●
Volume de consommation	nombre de cigarettes par jour ou par semaine		●		
Fréquence consommation excessive épisodique	au cours de la dernière année (mensuelle, hebdomadaire ou quotidienne)			●	
Fréquence consommation excessive précoce (ébrété)	au cours de la vie (nombre de fois)			●	
	au cours de la dernière année (nombre de fois)			●	
	au cours du dernier mois (nombre de fois)			●	

		Tabac	Alcool*	Illégal**
Conséquences				
Dépendance	heure 1 ^{ère} cigarette	•		
Individuelles	à vie		•	• [∇]
Relationnelles	à vie		•	• [∇]
Sexuelles	à vie		•	• [∇]

- * les boissons sont traitées indépendamment les unes des autres : vin, bière, alc.forts, cocktails et alco pops
- ** les drogues illégales sont catégorisées comme suit : cannabis, produits à inhaler, stimulants, hallucinogènes, GHB, cocaïne ou crack, héroïne, médicaments pour se droguer, tranquillisants sans ordonnance, méthadone et une catégorie autre
- ⊗ régularité pour le tabac (régulièrement ou irrégulièrement), périodicité pour l'alcool (temps en temps, 1 fois par semaine, plusieurs fois par semaine, tous les jours)
- ∇ toutes drogues confondues

9.2 LES ENQUÊTES TRANSVERSALES SUR DES SUJETS SPÉCIFIQUES

9.2.1 European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

L'enquête ESPASD est une enquête internationale en milieu scolaire réalisée dans plus de trente pays européens (2003). Le projet a été initié par le *Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs* (CAN) et est soutenu par le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. En 2003 a eu lieu la troisième édition (après 1995 et 1999) à laquelle la Suisse a participé pour la première fois. Dans chaque pays une institution est responsable de la réalisation de l'enquête. En Suisse, il s'agit de l'Institut suisse pour la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).

▪ Population visée

Théoriquement, la population cible du projet ESPAD est celle des jeunes qui vont avoir 16 ans durant l'année de récolte de données. En Suisse, le choix des classes s'est fait par échantillonnage aléatoire de classes de 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} année. La tranche d'âge ainsi couverte est de 13 à 16 ans.

▪ Méthode de collecte de données

Les enquêtes sont menées dans les écoles par des chercheurs de chaque pays participant au cours de la même période et selon une méthodologie identique. Des questionnaires sont distribués dans des classes sélectionnées selon une méthode de randomisation. Les professeurs ou des assistants de recherche sont les directeurs de la collecte de données. Les élèves répondent aux questionnaires de façon anonyme.

En Suisse, le choix des classes s'est fait par échantillonnage aléatoire et concernait des élèves entre la 8^{ème} et la 10^{ème} année. L'édition 2003 de l'enquête a vu la participation de près de 7'000 élèves dont 2500 étaient nés en 1987 et fêtaient donc leur 16^{ème} anniversaire dans le courant de l'année de l'enquête.

▪ Indicateurs recueillis en termes de consommation de substances psychotropes^a

Du fait de sa spécificité, l'enquête ESPAD comprend un nombre plus important d'indicateurs concernant la consommation de substances psychotropes et un échantillon plus grand pour la

^a La description des indicateurs est basée sur le questionnaire initial ESPAD transmis par le Groupe Pompidou. Nous n'avions pas à disposition les éventuelles questions ajoutées par l'ISPA.

même classe d'âge qu'HBSC. Comme toutes les enquêtes, elle contient des questions relatives à la prévalence de la consommation, et ce pour les différentes substances concernées. Comme d'autres, elle essaie de mettre en évidence des *patterns* spécifiques de consommation, en particulier pour l'alcool. ESPAD ajoute encore des indicateurs relatifs au contexte de la consommation et aux risques perçus par les jeunes. En ce qui concerne les drogues illégales, bien que l'enquête traite les substances de manière indépendante, elle pose cependant quelques questions concernant ces substances en général. Elle essaie de détecter la façon dont les jeunes entrent dans la consommation (raisons, drogue d'entrée, accessibilité, entourage). De manière générale, ESPAD utilise principalement des indicateurs de fréquence.

- Substances considérées

L'enquête ESPAD s'intéresse à la prévalence de la consommation des substances psychotropes légales que sont le **tabac** et l'**alcool**, avec une distinction claire entre différents produits alcoolisés : **bière, cidre, alcopops, vin et spiritueux**.

Concernant les **drogues illégales**, ESPAD est l'enquête qui distingue le plus grand nombre de catégories. Parmi elles, deux sont mises en avant, pour lesquelles la question de la prévalence sera posée de manière plus précise que pour les autres : ce sont le **cannabis** (ou les produits qui en sont dérivés) et les **solvants** pour lesquelles la prévalence à vie, au cours de la dernière année et du dernier mois précédant l'enquête est mesurée en termes de fréquence (nombre de fois). Toutes les autres catégories utilisées par ESPAD font référence à des substances uniques, sauf le **LSD** qui est associé à une classe autres hallucinogènes, alors que les **champignons** figurent indépendamment dans la liste. Il faut encore noter que ESPAD est la seule enquête qui interroge les jeunes sur leur multi-consommation (**alcool et pilules, alcool et cannabis**).

- Mode de consommation

ESPAD fait partie des enquêtes qui évaluent la prévalence du mode de consommation qu'est l'injection.

- *Patterns* de consommation

En ce qui concerne le **tabac**, l'enquête ESPAD pose les deux questions principales, à savoir la fréquence de la consommation à vie et la fréquence de la consommation actuelle (dernier mois). La quantité de consommation est identifiée au cours du dernier mois. L'âge à la première consommation et l'âge du début de la consommation régulière figurent aussi dans le questionnaire comme indicateur de précocité.

Pour ce qui est de l'**alcool**, ESPAD investigate en premier lieu la fréquence de consommation chez les jeunes, et ce en se référant à différentes périodes, utilisant des variables au cours de la vie, de l'année ou du mois. L'item utilisé est toujours le nombre total d'occasions pour la période considérée. Aucune notion de volume n'est associée à ces fréquences. En revanche, les quantités absorbées interviennent lorsque ESPAD s'enquiert de la consommation au cours de la dernière occasion. De même, lorsqu'elle s'intéresse aux *patterns* de consommation spécifiques comme la consommation excessive de courte durée et l'état d'ébriété. Par rapport aux autres enquêtes, ESPAD est plus précise sur l'état d'ébriété puisqu'elle identifie le volume nécessaire pour accéder à cet état. Finalement, un indicateur de précocité est utilisé en relation avec les consommations de différents produits alcoolisés et avec l'état d'ébriété.

En ce qui concerne les **drogues illégales**, ESPAD s'enquiert de la fréquence de la consommation à vie ainsi que de la fréquence actuelle (dernier mois). Le pattern spécifique de la consommation par injection est investigué en termes de prévalence à vie, au cours de l'année et actuelle (mois).

- Conséquences / contexte / autres

Pour l'**alcool**, l'enquête se penche sur des questions relatives au contexte (lieu, accessibilité), ou à la sensation que procure la consommation d'alcool.

Pour les **drogues illégales**, l'enquête s'attache à comprendre comment les jeunes entrent dans la consommation. Les indicateurs retenus sont par exemple la drogue d'entrée, les raisons pour avoir essayé telle ou telle substance ou encore l'accessibilité aux substances. Parmi les questions concernant toutes les substances psychotropes se trouve celle sur les risques perçus par les adolescents vis-à-vis de la consommation de ces substances. ESPAD tient aussi compte de la consommation dans l'entourage direct des jeunes (pairs) et dans la famille. Finalement, le questionnaire ESPAD propose un indicateur de la prévalence des conséquences liées à la consommation d'alcool, de drogues ou des deux à la fois.

- Périodicité

L'enquête ESPAD est répétée tous les quatre ans.

- Forces et limites de l'enquête

L'enquête ESPAD cible les adolescents qui auront 16 ans au cours de l'année de récolte de données. Or, en Suisse, l'école n'est obligatoire que jusqu'à 15 ans. Dès lors, même si le questionnaire est administré dans des classes de trois niveaux différents (de la 8^{ème} à la 10^{ème} année), certains jeunes auront déjà quitté le circuit scolaire et ne seront donc pas atteints.

L'ESPAD pose un grand nombre de questions qui ne se trouvent pas dans d'autres enquêtes réalisées en Suisse. Elle apporte donc un plus pour l'analyse détaillée de la consommation, même si la tranche d'âge à qui elle s'adresse est incluse dans celle que couvre SMASH. Plusieurs indicateurs se retrouvent non seulement dans ces deux enquêtes, mais encore dans celle visant les 11-16 ans (HBSC), voir dans l'Enquête suisse sur la santé (15-74 ans).

L'ESPAD est l'enquête qui détaille le plus les catégories de substances consommées. Elle innove même puisqu'elle est la seule à parler d'association de substance (multi-consommation avec l'alcool). En revanche, elle ne propose pas de catégories "autre". Dès lors, elle ne détectera pas une nouvelle substance en circulation et risque de minimiser certaines consommations. En effet, cette catégorie "autre" est aussi un moyen de mettre en évidence les différentes appellations pour un même produit et de regrouper les consommateurs. Une substance dont le nom n'est pas cité risque de voir sa consommation non-déclarée.

Tableau 28 Synthèse ESPAD

Population	Méthode	Périodicité		
13-16 ans	Questionnaire écrit dans les classes scolaires	4 ans / 2003		
		Tabac	Alcool	Illégal*
Substances				
Prévalence de consommation	à vie	•	•	•
	au cours de la dernière année		•	•
	au cours du dernier mois		•	•

		Tabac	Alcool	Illégal*
Mode de consommation				
Prévalence de l'injection	à vie /année/mois			●
Fréquence de l'injection	à vie /année/mois			●
Patterns				
Précocité	âge 1 ^{ère} consommation	●	●	●
	âge consommation régulière	●		
	âge 1 ^{ère} ébriété		●	
Fréquence de consommation**	à vie	●	●	
	au cours de la dernière année		● [⊗]	●
	au cours du dernier mois	●	● [⊗]	● [▽]
Volume de consommation	au cours du dernier mois (nombre de cigarettes par jour)	●		
	au cours de la dernière occasion (nombre de verres standards)		● [⊗]	
Fréquence consommation excessive épisodique**	au cours du dernier mois		●	
Fréquence consommation excessive précoce (ébriété)**	au cours de la vie, dernière année, dernier mois		●	
Conséquences				
Individuelles			●	●
Relationnelles			●	●
Sexuelles			●	●
Contexte				
Lieu de consommation	lors de la dernière occasion		●	
Accessibilité			●	●
Autre				
Drogue d'entrée				●
Raisons de la consommation				●
Perception des risques		●	●	●
Entourage		●	●	●

* les questions sont les mêmes pour toutes les catégories : tranquillisants, cannabis, LSD, amphétamines, crack, cocaïne, héroïne, ecstasy, champignons, GHB, stéroïdes anabolisants, mélange alcool-comprimés, mélange alcool-cannabis

** pour chaque période de référence l'item utilisé est le nombre total d'occasions (fois) durant la période considérée

▽ uniquement pour cannabis et solvants

⊗ pour différents types de boissons : bière, vin, alcools forts

9.2.2 Enquête suisse sur le tabagisme (monitoring tabac)

L'enquête suisse sur le tabagisme a été réalisée sur mandat de l'Office de la santé publique par une équipe réunie autour du Prof. Hornung de l'Institut de psychologie de l'université de Zurich.

▪ Population visée

L'enquête suisse sur le tabagisme recense de manière permanente et représentative la consommation de tabac chez les personnes de 14 à 65 ans domiciliées en Suisse.

- **Méthode de collecte de données**

L'enquête est constituée d'un module de base et de plusieurs modules supplémentaires. Le module de base recueille chaque trimestre les données les plus importantes relatives à la consommation de tabac. Les questions du module de base peuvent être complétées par des blocs de questions supplémentaires pendant un ou plusieurs trimestres (pour 2002, module sur les jeunes, qui inclut des questions sur la consommation de cannabis, et un module sur la fumée passive). Le sondage est effectué au moyen d'entrevues téléphoniques entièrement standardisés dans les trois langues nationales.

Depuis janvier 2001, 2'500 personnes sont interrogées chaque trimestre ; annuellement ce sont donc 10'000 personnes qui participent à ce monitoring. L'échantillonnage est réalisé à l'aide du procédé de double randomisation. Afin de disposer de suffisamment de personnes pour l'analyse des jeunes, des jeunes adultes, des femmes enceintes et des mères d'enfants en bas-âge, une sur-représentation de l'échantillonnage des tranches d'âge de 14-24 ans pour les hommes et de 14-45 pour les femmes est effectuée. On relèvera aussi une sur-représentation de la Suisse latine pour s'assurer que les régions linguistiques soient suffisamment représentées.

- **Indicateurs recueillis en termes de consommation de substances psychotropes**

Le **module de base** comprend plusieurs groupes de questions : les données socio-démographiques, l'état de santé général et les questions concernant le tabagisme adressées pour une première série aux fumeurs et pour une deuxième série aux non-fumeurs ou ex-fumeurs. On peut relever que, dans les questions relatives à l'état de santé et au comportement en matière de santé, figure un indicateur de la consommation régulière d'alcool.

Le module destiné aux jeunes recueille des informations concernant la consommation de cannabis auprès de tous les jeunes interrogés. Ce sont principalement des indicateurs de prévalence à vie, d'âge à la première consommation, de fréquence de consommation actuelle et au cours de la dernière année précédant l'enquête.

- *Patterns de consommation*

Parmi les indicateurs de consommation et de comportement chez les fumeurs, qu'ils soient des fumeurs quotidiens ou non, on retrouve la fréquence de consommation, le volume de consommation et l'âge du début de la consommation régulière.

- *Conséquences / contexte / autres*

Parmi les indicateurs qui mesurent la dépendance à la cigarette figurent le délai avant la première cigarette et l'évolution de la consommation au cours de la dernière année. En termes de contexte, l'enquête s'intéresse au lieu de consommation le plus fréquent. Finalement, le questionnaire pose plusieurs questions relatives à la cessation de fumer, que ce soit en relation avec les tentatives déjà effectuées (nombre de fois, durée, raisons) ou le désir exprimé d'arrêter (délai).

Dans la seconde partie (non-fumeurs et les ex-fumeurs), une première question de prévalence à vie sépare les personnes qui n'ont jamais touché à la cigarette des ex-fumeurs. Par la suite, les questions s'adressent plutôt aux ex-fumeurs et concernent leur période de consommation, les raisons qui les ont poussé à arrêter, ainsi que les méthodes utilisées.

En ce qui concerne le module spécifiquement adressé aux **jeunes**, l'enquête cherche plutôt à connaître la façon dont le thème est abordé à l'école, quelles sont les raisons qui poussent les jeunes à fumer ou à ne pas fumer. La consommation dans l'entourage des jeunes (famille, pairs) ainsi que la perception de la consommation dans cet entourage sont aussi évoquées. A nouveau,

comme dans le module de base, deux séries distinctes de questions interpellent soit les jeunes fumeurs, soit les jeunes non-fumeurs.

Dans la première série ciblant les fumeurs, les questions visent à identifier les raisons qui poussent les jeunes à fumer et l'accessibilité du produit (fournisseur : lieu, personne). Pour mettre en évidence le degré de dépendance, un des indicateurs utilisé est celui de la difficulté à respecter une interdiction de fumer.

Pour les non-fumeurs, l'enquête s'attache plutôt à identifier les raisons qui incitent un jeune à ne pas fumer.

Il faut encore relever qu'un module entier a été consacré au tabagisme passif.

- Périodicité

L'enquête suisse sur le tabagisme est réalisée de manière annuelle (compte rendu des résultats).

- Forces et limites de l'enquête

Ce monitoring est utile pour l'approfondissement de certains thèmes liés à la planification et à l'évaluation de la politique de prévention du tabagisme. Toutefois, l'échantillon et les coûts de ce monitoring paraissent importants pour la surveillance d'une seule substance.

Par ailleurs, les modules supplémentaires ne sont pas systématiquement reconduits. Ils permettent dès lors uniquement un éclairage sur une thématique donnée à un moment donné.

Il faut encore ajouter que ce monitoring souffre de la même limitation que toutes les enquêtes téléphoniques, à savoir le biais issu du mode de recrutement. Un certain nombre de personnes ne figurent pas dans l'annuaire.

Tableau 29 Synthèse monitoring tabac

Population	Méthode	Périodicité		
14-65 ans (module de base) 14-20 ans module jeune	Entretien téléphonique	annuel / 2003		
		Tabac	Alcool	Illégal*
Substances				
Prévalence de la consommation	à vie	●		●
	actuelle	●		●
Patterns				
Précocité	âge 1 ^{ère} consommation			●
	âge consommation régulière	●		
Fréquence de consommation	actuelle	●	●	
	au cours de la dernière année			●
Volume		● [▽]		
Conséquences				
Dépendance	tentative arrêt (prévalenc, désir, raisons, méthode)**	●+●*		
	délai 1 ^{ère} cigarette	●		

	Tabac	Alcool	Illégal*
Contexte			
Lieu	•		
Entourage	•*		
Autre			
Accessibilité	•*		
Raisons de consommer	•*		

* uniquement dans le module complémentaire sur les jeunes

** pour les fumeurs et ex-fumeurs

∇ la quantité est demandée de manière séparée pour les cigarettes, les cigares, les cigarillos et la pipe

9.2.3 Les enquêtes ad hoc : enquête "Consommation d'alcool et imposition d'un taux unique sur les spiritueux en Suisse", enquête de la campagne "ça débouche sur quoi ?", enquête cannabis

Ces trois enquêtes ont été menées dans un but tout à fait spécifique et n'ont pas été renouvelées, même si certaines ont consisté en plusieurs vagues successives (les deux enquêtes sur l'alcool). On ne peut donc dire qu'elles font partie d'un système de surveillance en tant que tel, mais elles apportent tout de même une vue sur la situation à un moment donnée et permettent de trianguler certaines des données déjà existantes.

9.2.4 Enquête "Consommation d'alcool et imposition d'un taux unique sur les spiritueux en Suisse"

En juillet 1999, le système d'imposition des spiritueux a connu d'importantes modifications avec pour conséquence une baisse de l'impôt (jusqu'à 50%) et donc une baisse du prix des produits. La Régie fédérale des alcools a mandaté l'Institut pour la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) pour évaluer si cette baisse de prix allait engendrer une modification des habitudes de consommation. Pour permettre des comparaisons pertinentes, les premiers sondages de la population ont eu lieu avant l'adaptation tarifaire.

▪ Population visée

Un même échantillon représentatif de la population âgée de plus de 15 ans a répondu à quatre reprises à une enquête téléphonique. Pour des raisons budgétaires, la seconde et la troisième vagues n'ont concerné que les personnes consommatrices.

▪ Méthode de collecte de données

Les sondages ont été effectués en plusieurs vagues successives la première ayant eu lieu trois mois avant l'adaptation tarifaire. Le sondage a été reconduit à plusieurs reprises après la baisse de prix.

La première vague a eu lieu trois mois avant la nouvelle imposition et a permis d'établir une sorte de "*baseline*". Ce sont 4'000 sujets qui ont participé à ce premier questionnaire. Les deux premières vagues de suivi ont eu lieu en automne 1999 et au printemps 2000. Seuls les "gros" buveurs ont été interrogés (54%). Le *follow-up* final s'est déroulé en automne 2001 au cours duquel tous les participants de la vague avant adaptation tarifaire ont été recontactés. 73% d'entre eux ont répondu au questionnaire.

Afin de corroborer les résultats de l'enquête téléphonique, un échantillon de quelque 800 personnes – choisies également au hasard – ont répondu à un questionnaire écrit. Elles ont tenu le journal de leur consommation sur une semaine. A l'instar des interrogations par téléphone, les relevés de consommation ont également été faits à trois reprises. Ils contiennent des indications très complètes permettant une analyse minutieuse.

- Indicateurs recueillis relatifs à la consommation

Les répondants à l'enquête ont été interrogés sur leur consommation d'alcool et sur les problèmes qui y sont liés sur la base d'un questionnaire AUDIT modifié.

9.2.5 Enquête de la campagne "ça débouche sur quoi ?"

Cette enquête avait pour but d'orienter la campagne de prévention "ça débouche sur quoi?". Elle devait permettre de répondre aux questions suivantes : quel est le nombre d'habitants qui ont une consommation d'alcool à risque ? Comment peut-on caractériser les consommateurs à haut risque ? Quels sont les problèmes sociaux et juridiques liés à une consommation à risque ? Parmi les consommateurs à risque, combien y en a-t-il qui sont conscients de boire de manière problématique et dans quelle mesure seraient-ils prêts à modifier leur comportement ?

- Population visée

Un échantillon aléatoire de 1600 personnes a été sélectionné dans la population suisse âgée de 15 à 74 ans, réparties sur tout le territoire.

- Méthode de collecte de données

L'enquête a consisté en trois sondages successifs, dont le premier a eu lieu à la fin de l'année 1998. Les suivants ont été réalisés en 2000 et 2002.

- Indicateurs recueillis relatifs à la consommation

Cette enquête cherchait principalement à mettre en évidence la consommation d'alcool à haut risque dans la population suisse. Trois types de consommation ont été préalablement définis :

- la consommation habituelle ou chronique : 3 verres ou minimum d'alcool par jour pour les hommes (2 verres pour les femmes) ;
- l'ivresse occasionnelle : 5 verres d'alcool au cours d'une même occasion au moins 2 fois par mois (4 verres pour les femmes) ;
- et une consommation inadaptée à la situation : 3 verres d'alcool avant de conduire un véhicule.

Outre les questions concernant la consommation d'alcool, cette enquête comporte une section relative à la consommation de tabac (prévalence actuelle et quantité) et une section se rapportant au comportement sexuel de la population (consommation d'alcool ou de drogue avant une relation, nombre de partenaires au cours de la dernière année, utilisation du préservatif et quel partenaire lors du dernier contact sexuel). Cette section est cependant limitée aux 15-44 ans.

Tableau 30 Synthèse enquête sur la campagne "ça débouche sur quoi ?"

Population	Méthode	Périodicité	
15-74 ans	Sondage téléphonique	---	
		Alcool	Tabac
Substances			
Prévalence de la consommation		actuelle	● ●
Patterns			
Fréquence consommation		actuelle	● ●
		quotidienne	●
Volume			● ●
Fréquence consommation au travail		à vie	●
		au cours de la dernière année	●
Fréquence mélanges alcool-médicaments			●
Conséquences			
Prévalence de problèmes avec la police*		à vie, au cours de la dernière année	●
Prévalence à vie de problèmes au travail*		à vie, au cours de la dernière année	●
Prévalence d'un accident*		à vie, au cours de la dernière année	●
Prévalence de problèmes relationnels avec l'entourage (amis, conjoint, famille)*		à vie, au cours de la dernière année	●
Contexte			
Perception de la consommation personnelle			●
Influence de la perception d'un tiers			●

9.3 LES ENQUÊTES SUR DES SUJETS SPÉCIFIQUES EN POPULATION SPÉCIFIQUE

9.3.1 Enquête auprès de la population fréquentant les structures à bas-seuil d'accessibilité (SBS)

Cette enquête est réalisée spécifiquement auprès de la clientèle des structures à bas-seuil d'accessibilité (SBS) distribuant des seringues. Elle permet de compléter les grandes enquêtes transversales, peu sensibles pour mettre en évidence les tendances en matière de consommation (problématique) de drogues dures. L'objectif de base de cette enquête est d'évaluer la prévention du Sida chez les usagers de drogue au sein des SBS. Elle vise aussi à identifier les caractéristiques des utilisateurs des SBS et de suivre dans le temps des indicateurs de gravité des problèmes liés à la consommation de drogue.

■ Population visée

La population ciblée par cette enquête est exclusivement celle fréquentant les structures à bas-seuil incluses dans l'enquête. Elle représente alors les personnes consommant par injection les plus marginalisées et de fait non atteintes par les grandes enquêtes en population générale ou par les statistiques de traitement.

- Méthode de collecte de données

Deux approches sont utilisées : d'une part un recueil continu de la distribution de matériel d'injection dans les SBS, et d'autre part une enquête répétée dans le temps auprès de la clientèle. C'est ce deuxième volet qui nous intéresse plus particulièrement ici, s'agissant d'indicateurs directs de consommation et de prise de risques. Tous les usagers se présentant à la structure sur une période donnée sont invités à participer à l'enquête. Il s'agit de remplir un questionnaire, en partie avec un enquêteur (items de consommation) et en partie de manière auto-administrée. Cette récolte de données s'effectue sur une semaine dans chaque structure.

- Indicateurs recueillis en termes de consommation de substances psychotropes

Les indicateurs fournis par cette enquête sont utiles pour identifier les caractéristiques de la clientèle des centres à bas-seuil. Les informations recueillies concernent les données socio-démographiques, la carrière du consommateur ainsi que les comportements à risque. Certaines données sont relatives aux conséquences, tant sanitaires que sociales, de la consommation de drogue par injection. Plus précisément, les données socio-démographiques permettent d'avoir une idée non seulement de l'âge et du sexe des usagers, mais aussi de leurs conditions de vie sociale (logement, études, professionnel). Il est demandé aux usagers leur lieu d'habitation, leur source de revenu et leur recours aux structures d'aide sociale et d'accueil.

- Substances considérées

La population cible de cette enquête se compose principalement de personnes consommant des substances psychotropes par injection. Dès lors, les substances prises en compte dans l'enquête auprès des usagers de structures à bas-seuil sont les substances susceptibles d'être injectées, comme l'**héroïne**, la **cocaïne**, voire les **cocktails**, et les **benzodiazépines**.

- Mode de consommation

Le mode de consommation est évidemment une des questions posées dans cette enquête. Quant aux *patterns* spécifiques de consommation, tous les indicateurs tournent autour de la question du mode de consommation et plus particulièrement de l'injection (prévalence à vie, au cours des six derniers mois, accessibilité du matériel stérile, nombre d'injections au cours de la dernière semaine, partage du matériel). La prise de risque est aussi évoquée au niveau de la relation avec le partenaire sexuel.

- *Patterns* de consommation

La carrière du consommateur est appréhendée à travers des questions telles que la prévalence à vie, la prévalence au cours du dernier mois, ainsi que l'âge à la première consommation et au début de la consommation régulière.

- Conséquences / contexte / autres

Les indicateurs relevant les conséquences sanitaires sont ceux relatifs à la sérologie rapportée des usagers (VIH, hépatites B et C). Les usagers déclarent encore les condamnations et les relations qu'ils auraient eus avec la justice.

- Périodicité

Cette enquête a été réalisée pour la première fois en 1993. La périodicité de cette enquête est irrégulière. Elle a été réalisée en 1994, 1996 et 2000. La prochaine édition est envisagée en 2005 ou 2006, mais aucune systématisation n'est prévue.

▪ Forces et limites de l'enquête

L'enquête auprès des usagers des SBS présente le grand avantage d'approcher une population non atteinte par les enquêtes en population générale. Plus encore que les statistiques de traitement, elle permet de toucher les personnes les plus marginalisées qui font appel aux structures d'aide au seuil d'accès le plus bas. Ce même argument avancé comme le grand avantage de l'enquête en est aussi sa limite principale. En effet, le biais de sélection créé du fait de la population fréquentant les SBS empêche toute généralisation des constats. Il s'agit de considérer cette enquête comme un complément aux statistiques de traitement.

Toutefois, l'échantillon est certainement représentatif de la population des usagers. En effet, il se concentre sur une semaine de fréquentation.

Tableau 31 Synthèse enquête auprès des usagers des SBS

Population	Méthode	Périodicité				
Usagers des SBS	Questionnaire écrit administré durant une semaine auprès de tous les usagers	irrégulière				
		illégal	Héroïne	Cocaïne	Cocktail	Benzodiazépines
Substance						
Prévalence consommation	à vie		•	•	•	•
	régulière		•	•	•	•
Mode de consommation						
Injection						
Prévalence	à vie	•				
	au cours des six derniers mois	•				
Partage du matériel d'injection		•				
Partage autre matériel		•				
Mode de consommation						
- avalé	au cours du dernier mois		•	•	•	•
- inhalé	au cours du dernier mois		•	•	•	•
- sniffé	au cours du dernier mois		•	•	•	•
- injecté	au cours du dernier mois		•	•	•	•
Patterns						
Précocité	âge 1 ^{ère} consommation		•	•	•	•
	âge consommation régulière		•	•	•	•
Fréquence de consommation	au cours du dernier mois		•	•	•	•
Nombre années consommation régulière			•	•	•	•
Conséquences						
Sociales		•				
Prévalence des overdoses à vie		•				
Contrôle de police au cours du dernier mois et conséquences		•				
Prévalence du test VIH		•				
Prévalence de la sérologie VIH		•				
Prévalence du test VHB		•				
Prévalence de la sérologie VHB		•				
Prévalence de la vaccination VHB		•				
Prévalence du test VHC		•				
Prévalence de la sérologie VHC		•				

9.4 LES STATISTIQUES DE TRAITEMENT

Jusqu'ici, il existait différentes statistiques d'entrée en traitement et d'évolution de ces traitements de la dépendance aux drogues illégales et à l'alcool (FOS, HeGeBe, SAMBAD, SAKRAM/CIRSA, statistiques nationales des traitements de substitution à la méthadone). Chacune était pourvue de son propre questionnaire. A notre connaissance, il n'y a actuellement rien de semblable pour le tabac.

Aujourd'hui, le projet Act-Info tend à les harmoniser et à faciliter la récolte de données. Cette statistique utilisera un fonds de questions commun, développé sur la base de l'instrument européen *Treatment demand indicator (TDI)*.

La description faite ici comprend les caractéristiques générales de l'instrument Act-Info. Des indications complémentaires et spécifiques à chacune des statistiques intégrées dans Act-Info sont mentionnées dans les sous-chapitres correspondant. Elles ne seront donc pas répétées pour chacune de ces statistiques.

▪ Méthode de collecte de données

Le projet Act-Info a pour but l'harmonisation des statistiques de l'aide aux personnes dépendantes. Ce projet est piloté par l'OFSP, en collaboration avec l'ISPA, l'ISPMBe et l'ISF. Depuis janvier 2004, les données sont recueillies peu à peu au moyen de nouveaux instruments. Deux questionnaires sont remplis, l'un à l'entrée en traitement et l'autre à la sortie, celle-ci étant définie de manière différente selon que l'on se trouve dans le milieu résidentiel ou ambulatoire. Par ailleurs, deux codes différents seront attribués aux questionnaires : l'un correspondant à la prise en charge et l'autre à l'individu.

La statistique harmonisée utilise un module de questions commun qui a été développé sur la base de l'instrument européen *Treatment demand indicator (TDI)*. Les indicateurs recueillis se regroupent alors en quatre catégories : données relatives à l'institution ; cadre de la prise en charge ; données socio-démographiques ; consommation, dépendance et comportements assimilables à une addiction. C'est le module de base ou *core questionnaire*. D'autres modules de questions spécifiquement adaptés aux différents aspects du domaine de la dépendance sont élaborés et devraient couvrir les besoins des institutions et services d'une manière flexible. Les étapes en cours sont : le remplacement des outils existants de la saisie des données par des outils informatiques modernes et la définition d'un format informatique unique garantissant un échange uniforme de données.

▪ Indicateurs recueillis en termes de consommation de substances psychotropes

Les indicateurs liés aux demandes de traitement fournissent des indications indirectes sur la consommation de substances psychotropes. L'entrée en traitement peut être une indication sur la gravité des problèmes liés à la consommation. Par ailleurs ces statistiques permettent de qualifier la population en traitement : données socio-démographiques, sur la carrière du consommateur, et sur la fréquence de prise de risques. A travers ces statistiques, on connaît aussi l'état de santé des consommateurs, qui traduit en partie les conséquences sanitaires de la consommation de substances psychotropes.

En termes de consommation, les questions du *core questionnaire* Act-Info cherchent à identifier le problème principal amenant la personne à consulter un service de traitement. Ce problème peut être soit lié à la consommation de substances psychotropes, soit à un comportement assimi-

lable à une addiction (p.ex. jeu pathologique). La première question permet de distinguer les deux situations.

- Substances considérées

Dans le cas de la consommation de substances, et pour toute une série de substances prédéfinies tant légales (alcool, tabac) qu'illégales (cocktails, héroïne, méthadone, autres opiacés, cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy et substances similaires, autres stimulants, barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères, LSD, autres hallucinogènes, substances volatiles, cannabis), Act-Info utilise un indicateur de prévalence actuelle (au cours du dernier mois) uniquement.

La statistique s'attache plutôt à identifier la substance qui pose le problème principal, à savoir celle qui aura amené la personne à entreprendre un traitement.

- Mode de consommation

Les questions autour de l'injection intraveineuse de substances reflètent la prise de risque associée à ce mode de consommation. Les indicateurs utilisés sont la prévalence de l'injection à vie ainsi qu'au cours des 6 mois et du mois précédant l'entrée en traitement. L'indicateur de l'âge à la première injection identifie la précocité de ce mode de consommation.

- Patterns de consommation

Les questions relatives aux *patterns* de consommation sont posées uniquement en ce qui concerne la substance responsable du problème principal. Il s'agit en premier lieu d'un indicateur de précocité (âge à la première consommation, du début de la consommation régulière et du début de la consommation problématique). Sinon, les statistiques relèvent la fréquence de consommation au cours du dernier mois et des 6 derniers mois.

Le pattern de consommation spécifique que représente l'injection est investigué d'une part en termes de prévalence à vie, ainsi que de la fréquence de ce mode au cours du dernier mois et des 6 derniers mois, et d'autre part en termes de risques entourant ce mode de consommation (partage du matériel). L'âge à la première injection est encore mentionné.

- Conséquences / contexte / autres

Les conséquences que relèvent les statistiques de traitement sont des conséquences rapportées par les personnes fréquentant les centres de soins. Les indicateurs ne sont pas systématiquement les mêmes selon les instruments (FOS, SAMBAD, SAKRAM/CIRSA, méthadone, HeGeBe). Toutefois, d'une manière générale, le *core questionnaire* identifie la situation sociale dans laquelle vivent les personnes en traitement. Ce sont donc en partie des indications sur les conséquences sociales de la consommation.

Les conséquences spécifiques telles qu'une sérologie positive pour le VIH, VHB ou VHC figurent dans FOS, SAMBAD, HeGeBe et méthadone. Quant à SAKRAM, elle identifie la dépendance au moyen de nombreux indicateurs.

- Forces et limites de l'enquête

Les statistiques de traitement ne reflètent que les caractéristiques des personnes qui ont des contacts avec les institutions sociales et sanitaires d'une part, et d'autre part il faut encore que ces institutions participent aux statistiques. En effet, la participation à ces statistiques se fait sur un mode volontaire.

Un des grands avantages du regroupement des cinq statistiques sous l'égide de Act-Info est que le code attribué au patient va permettre sa traçabilité. C'est à dire qu'il sera possible de suivre le patient même si celui-ci change d'institution quel que soit le domaine (alcool, drogue).

En termes d'utilité, ces statistiques permettent de dégager des tendances sur la nature et les comportements associés à une consommation abusive de substances psychotropes. Elles sont aussi faciles d'accès et pérennes puisque recueillies dans le cadre des activités normales de prise en charge.

Tableau 32 Synthèses des indicateurs Act-Info

Population	Méthode	Périodicité			
Population en traitement (alcool, drogues illégales)	Questionnaire à l'entrée et à la sortie	En continu, données annuelles			
		Problème principal : substances*	Problème principal : comportement**	Autre consommation ou comportement	En général
Substances					
Prévalence de la consommation	au cours du dernier mois		•	•	
Patterns					
Précocité	âge à la 1 ^{ère} consommation	•	•		
	âge début consommation régulière	•	•		
	âge début consommation problématique	•	•		•
	âge à la 1 ^{ère} injection				
Fréquence de consommation	au cours des 6 derniers mois	•	•		
	au cours du dernier mois	•	•		
Mode de consommation					
	au cours des 6 derniers mois	•			
	au cours du dernier mois	•			
Prévalence de l'injection	à vie				•
	au cours des 6 derniers mois				•
	au cours du dernier mois				•
Partage du matériel d'injection	au cours des 6 derniers mois				•
Conséquences					
Situation sociale :					
	- source de revenu				•
	- logement				•

* alcool, cocktails, héroïne, méthadone, autres opiacés, cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy et substances similaires, autres stimulants, barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères, LSD, autres hallucinogènes, substances volatiles, cannabis, tabac, autres

** tel que le jeu pathologique, troubles alimentaires, etc.

9.4.1 FOS

La ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS) a pour but d'assurer d'une part une mise à jour des données concernant les institutions participantes et d'autre

part une documentation nationale et continue de la clientèle ainsi que des séjours dans les institutions résidentielles.

Les relevés nationaux des établissements résidentiels sont effectués annuellement depuis 1995.

Par rapport au *core questionnaire* présenté par Act Info, la statistique FOS comprend un module supplémentaire sur l'état de santé (sérologie virale) de la personne qui fait la demande d'admission, ainsi qu'un module sur les problèmes qu'aurait pu rencontrer cette personne avec la justice.

- Méthode de collecte de données

Un questionnaire d'entrée est rempli au moment de l'admission (données socio-démographiques, cliniques et comportementales).

- Forces et limites de la statistique

Le taux de couverture de cette statistique s'est progressivement amélioré et il est depuis quelques années suffisant.

Tableau 33 Synthèse de la statistique de traitement FOS concernant la consommation

	Problème principal : substances*	Problème principal : comportement**	Autre consommation ou comportement	En général
Conséquence				
Prévalence test VIH				•
Sérologie VIH				•
Prévalence hépatite à vie				•

* alcool, cocktails, héroïne, méthadone, autres opiacés, cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy et substances similaires, autres stimulants, barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères, LSD, autres hallucinogènes, substances volatiles, cannabis, tabac, autres

** tel que le jeu pathologique, troubles alimentaires, etc.

9.4.2 SAMBAD

Cette statistique vise à renseigner sur l'activité des institutions qui proposent une offre ambulatoire spécialisée aux personnes ayant des problèmes relatifs à la consommation d'alcool et de drogue. Débutée en 1994 elle a aussi pour but de suivre les tendances dans le temps. Outre les questions du *core questionnaire* Act Info, SAMBAD possède un module relatif à l'état de santé du patient (sérologie virale), ainsi qu'un module concernant l'entourage du patient (proches).

- Méthode de collecte de données

Le patient remplit deux questionnaires : un à son entrée en traitement (il faut que la personne ait consulté le service au moins trois fois) et un à la fin de sa prise en charge, définie par une période de 180 jours sans contact. Dans cette statistique, ce sont les prises en charge et non les individus eux-mêmes qui sont comptabilisés.

▪ Forces et limites de la statistique

Il existe différents types d'institutions qui participent à la statistique SAMBAD. Ce sont d'une part des institutions spécialisées (alcool, drogues, dépendance) ou d'autres services. Si l'on considère uniquement les institutions spécialisées, le taux de participation à la statistique clients de SAMBAD est de 51,6% pour l'année 2001 (ISPA, 2002). Et ce taux ne cesse de reculer d'année en année. Généralement, les services dont les offres sont orientées vers les drogues légales sont mieux représentés. Les institutions dont les offres ne concernent que les drogues illégales sont les moins bien représentées souvent parce qu'elles participent à d'autres statistiques (par exemple, la statistique méthadone). Dès lors, il n'est pas possible de généraliser les constats à l'ensemble de la clientèle des services de soins ambulatoires.

Tableau 34 Synthèse de la statistique de traitement SAMBAD

		Problème principal : substances*	Problème principal : comportement**	Autre consommation ou comportement	Alcool	Tabac	En général
Substances							
Prévalence de la consommation	actuelle				•		
Patterns							
Fréquence de la consommation	au cours des 6 derniers mois				•		
	au cours du dernier mois					•	
	actuelle				•		
Fréquence consommation excessive épisodique	actuelle				•		
Volume consommation (nombre de verres standards)	actuelle				•		
	au cours du dernier mois				•		
	au cours des 6 derniers mois				•		
Conséquences							
Prévalence du test VIH							•
Sérologie VIH							•
Prévalence du test VHB							•
Sérologie VHB							•
Prévalence du test VHC							•
Sérologie VHC							•

* alcool, cocktails, héroïne, méthadone, autres opiacés, cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy et substances similaires, autres stimulants, barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères, LSD, autres hallucinogènes, substances volatiles, cannabis, tabac, autres

** tel que le jeu pathologique, troubles alimentaires, etc.

9.4.3 SAKRAM/CIRSA

La statistique de traitements résidentiels pour l'alcool et les médicaments a été lancée par deux associations, la Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie (CIRSA) et son homologue alémanique, la *Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige* (SAKRAM). Elle renseigne sur la clientèle des institutions qui composent ces deux associations.

Cette statistique, commencée en 1984 en Suisse alémanique et en 1992 au niveau romand, poursuit plusieurs objectifs. Premièrement, elle permet aux institutions participantes de disposer annuellement d'une description quantitative de leur propre clientèle et de la comparer à celle de l'association à laquelle elles appartiennent. Parallèlement, et de manière biennale, elle cherche à mettre en évidence l'évolution de certaines tendances dans le temps.

▪ Méthode de collecte de données

La statistique SAKKRAM/CIRSA est réalisée par deux associations distinctes, avec pour conséquence deux questionnaires différents. Celui utilisé en Suisse alémanique est plus long. Cependant, les deux sont basés sur celui de Act-Info, avec des questions supplémentaires qui leur sont propres.

Les données sont recueillies au moyen de deux questionnaires. Le premier est rempli au moment de l'admission, le second lors de la sortie du client. Cette sortie est définie pour SAKRAM/CIRSA comme un délai de 30 jours après la sortie de l'institution.

▪ Indicateurs recueillis

De manière générale, les principales données collectées par cette statistique ont trait au profil socio-démographique de la personne en traitement, à son parcours de vie, à sa consommation, à ses antécédents judiciaires, à ses traitements antérieurs ainsi qu'à ses perspectives professionnelles. En Suisse romande, les questions ajoutées par CIRSA au *core questionnaire* Act-Info concernent la consommation d'alcool et les objectifs de consommation de l'individu. Elles reprennent principalement celles figurant dans l'Enquête suisse sur la santé. En Suisse alémanique, ce sont des questions relatives à la santé mentale et physique de la personne.

▪ Forces et limites de la statistique

Comme pour SAMBAD, la couverture de cette statistique n'est pas complète. Selon les responsables, elle se situerait aux alentours de 70%. Elle devrait augmenter en 2004 avec l'entrée en vigueur de Act-Info. Les cantons du Tessin et du Valais n'étaient par exemple pas représentés jusqu'ici, alors que certaines de leurs institutions intégreront Act-Info en 2004.

Tableau 35 Synthèse de la statistique de traitement SAKRAM/CIRSA

		Problème principal : substances*	Problème principal : comportement**	Autre consommation ou comportement	Alcool	Tabac	En général
Patterns							
Prévalence de la consommation	actuelle				●		
Fréquence de la consommation	actuelle				●		
Fréquence consommation excessive épisode	à vie				●		
Volume consommation	actuelle				● [▽]		
	au cours des 12 derniers mois				●		

		Problème principal : substances*	Problème principal : comportement**	Autre consommation ou comportement	Alcool	Tabac	En général
Conséquences							
Individuelles	prévalence à vie de blessures à soi ou autrui				•		
	prévalence de la perte de maîtrise de la consommation				•		
	prévalence de la perte de maîtrise de soi au cours de la dernière année				•		
	prévalence de la perte de mémoire au cours de la dernière année				•		
Dépendance	besoin de consommation matinale				•	•	
Sanitaires	prévalence de maladies chroniques						•
Santé psychique (problèmes)	à vie						•
	au cours du dernier mois						•
Contexte							
	entourage (soutien)				•		
	habitude de consommation (présence, seul)				•		
	antécédents de phase d'abstinence au cours de la dernière année				•		

∇ en nombre de verres standards par jour

* alcool, cocktails, héroïne, méthadone, autres opiacés, cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy et substances similaires, autres stimulants, barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères, LSD, autres hallucinogènes, substances volatiles, cannabis, tabac, autres

** tel que le jeu pathologique, troubles alimentaires, etc.

9.4.4 HeGeBe

La statistique officielle sur les traitements à base d'héroïne permet de suivre les caractéristiques de la clientèle prise en charge dans ce cadre-là.

Le questionnaire utilisé à l'heure actuelle n'est pas encore adapté aux standards de Act-Info. Les catégories de substances actuellement utilisées ne sont pas les mêmes que celles figurant dans le *core questionnaire* Act-Info.

Tableau 36 Synthèse de la statistique de traitement HeGeBe

	Général	Tabac	Alcool	Ivresse	Ecstasy	Cannabis	Héroïne	Cocaine	Amphétamine	Hallucinogène	Benzodiazépines	Solvants	Méthadone	Médicaments	Autres	X substances
Substances																
Prévalence de la consommation	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Patterns																
Précocité	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	•															
	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Mode de consommation		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Partage du matériel d'injection																
	•															
	•															
Conséquences																
Prévalence du test VIH	•															
Sérologie au VIH	•															
Prévalence du test VHA	•															
Sérologie au VHA	•															
Prévalence de la vaccination VHA	•															
Prévalence du test VHB	•															
Sérologie au VHB	•															
Prévalence de la vaccination VHB	•															
Prévalence du test VHC	•															
Sérologie au VHC	•															
Antécédents de phase d'abstinence au cours de la dernière année	•															

9.4.5 Méthadone

La statistique méthadone est une statistique nationale gérée par l'OFSP. Elle a pour but de recenser les autorisations de prescription accordées aux médecins. Elle a été créée à l'époque en collaboration avec les médecins cantonaux.

- Méthode de collecte des données

Il existe plusieurs questionnaires d'entrée. Il est rempli au moment de la demande d'autorisation et ensuite envoyé à l'OFSP de manière anonymisée afin de procéder au traitement statistique et de centraliser les données dans une banque nationale contenant dès lors la description des caractéristiques des patients traités. Un questionnaire de suivi à 6 mois ainsi qu'un questionnaire de sortie sont complétés.

Tableau 37 Synthèse de la statistique de traitement méthadone

	Général.	Alcool	Cannabis	Héroïne.	Cocaïne	Amphétamine.	Amphétamine	Benzodiazépines	Méthadone	Barbituriques	Autres
Substances											
Prévalence consommation	actuelle	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Patterns											
précocité	âge 1ère consommation	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	âge 1 ^{ère} injection	•									
Mode de consommation		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Injection											
▪ prévalence	a vie	•									
▪ nombre d'années		•									
Conséquences											
Prévalence du test VIH		•									
Sérologie au VIH		•									
Prévalence du test VHB		•									
Sérologie au VHB		•									
Prévalence de la vaccination VHB		•									
Prévalence du test VHC		•									
Sérologie au VHC		•									

10 ANNEXE 3 : TABLEAUX CONCERNANT LA SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES EN SUISSE

Les tableaux présentés ici synthétisent les principales caractéristiques des outils à disposition, leur contenu ainsi que l'organisation relative à la mise en œuvre et au financement de ces outils. En termes de contenu, les éléments relevés sont d'une part les substances identifiées ainsi que les indicateurs et les variables utilisés pour investiguer les comportements de consommation.

10.1 LES INSTRUMENTS DE SURVEILLANCE

Tableau 38 Les enquêtes

	HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monitoring Tabac	Bas-seuil	Enquêtes ponctuelles
Catégorie d'âge	11-16	13-16	16-20	15-74	14-65	Toutes	15-74
Public cible	Scolaire	Scolaire	Scolaire et apprentissage	Ménages avec raccordement téléphonique	Ménages avec raccordement téléphonique	Usagers des structures bas-seuil, principalement des injecteurs	Ménages avec raccordement téléphonique
Nombre de personnes interrogées	10'000	7'000	9'000	20'000	10'000	variable	variable
Taux de réponse	n.d	n.d	n.d	64%	n.d	n.d	n.d
Périodicité	4 ans	4 ans	--	5 ans	annuelle	--	ponctuelle
1^{ère} édition	1978	2003	1992	1992	?	1993	--
Dernière édition	2002	--	2002	2002	2003	2000	--

* Cette année est mise en route la récolte de données avec le questionnaire unifié Act-Info. Les instruments qui composent cette statistique existent eux depuis longtemps : SAKRAM/CIRSA depuis 1992 en Romandie, ProVe/HeGeBe depuis 1994, FOS et SAMBAD depuis 1995, méthadone depuis 1999.

Tableau 39 Les statistiques et les registres

	Act-Info	Statistiques hospitalières	Statistiques policières (décès dus aux drogues)	Statistiques policières (accidents)	Statistiques décès	Registres des tumeurs	Registre VIH/Sida
Couverture	Variable en fonction de l'instrument, participation volontaire	Statistique obligatoire, couverture de tout le secteur intra-muros	Nationale	Nationale	Nationale	Environ la moitié de la population : VD, VS, GE, NE, ZH, BS, SG, GR, TI	Déclaration obligatoire des laboratoires (100%). Déclaration complémentaire des médecins traitants (80%).
Public cible	Personnes en traitement résidentiel ou ambulatoire	Personnes hospitalisées (plus de 24H)	Toute personne décédée de mort violente : accident, suicide, overdose, etc.	Toute victime d'accident ayant fait l'objet d'un constat	Population générale	Toute personne souffrant d'un cancer	Toute personne ayant fait l'objet d'un dépistage avec résultat positif
Périodicité	Annuelle	Annuelle dès 1998	Annuelle	Annuelle	Annuelle	Annuelle	Annuelle
1^{ère} édition	Variable selon l'instrument. Version actuelle de Act-Info depuis 2004	1998	1974	Selon la loi fédérale de 1958	1876	Variable selon le canton	Déclaration obligatoire depuis 1987.

10.2 COUVERTURE GÉNÉRALE

Figure 1 Couverture des enquêtes de population

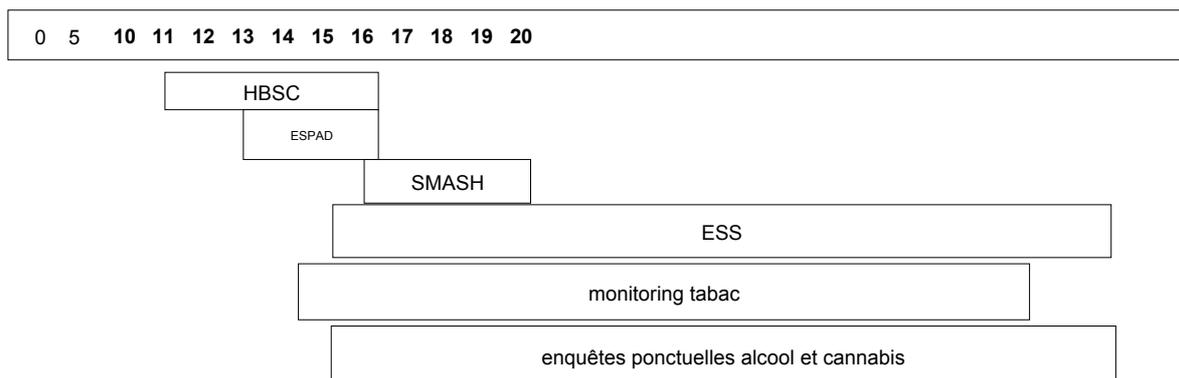


Tableau 40 Couverture en fonction des substances

Etudes à disposition en Suisse	Tabac	Alcool	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Stimulants	Hallucinogènes	Médicaments	Autres
11-13	HBSC ESPAD	HBSC ESPAD	ESPAD	ESPAD	ESPAD	ESPAD	ESPAD	ESPAD	ESPAD
14	HBSC ESPAD Tabac	HBSC ESPAD	HBSC ESPAD Tabac	HBSC ESPAD	HBSC ESPAD	HBSC ESPAD	HBSC ESPAD	HBSC ESPAD	HBSC ESPAD
15	HBSC ESPAD ESS Tabac	HBSC ESPAD ESS	HBSC ESPAD ESS Tabac	HBSC ESPAD ESS	HBSC ESPAD ESS	HBSC ESPAD ESS	HBSC ESPAD ESS	HBSC ESPAD ESS	HBSC ESPAD ESS
16	HBSC ESPAD SMASH ESS Tabac	HBSC ESPAD SMASH ESS	HBSC ESPAD SMASH ESS Tabac	HBSC ESPAD SMASH ESS	HBSC ESPAD SMASH ESS	HBSC ESPAD SMASH ESS	HBSC ESPAD SMASH ESS	HBSC ESPAD SMASH ESS	HBSC ESPAD SMASH ESS
17-20	SMASH ESS Tabac	SMASH ESS	SMASH ESS Tabac	SMASH ESS	SMASH ESS	SMASH ESS	SMASH ESS	SMASH ESS	SMASH ESS
20-65	ESS Tabac	ESS	ESS	ESS	ESS	ESS	ESS	ESS	ESS
66-74	ESS	ESS						ESS	

10.3 SUBSTANCES

Tableau 41 Identification de la consommation de tabac et d'alcool

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-Info
Tabac	En général							
	Cigarettes							
	Cigarillos							
	Cigares							
	Pipe							
Alcool	En général							
	Bière							
	Vin							
	Cidre							
	Spiritueux							
	Limonades avec alcool							
	Cocktails							
	Champagne							
	Apéritifs							
	Autre alcool							

Tableau 42 Identification de la consommation de produits du cannabis

Famille du cannabis		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-Info
Dérivés du cannabis	Cannabis (haschich, marijuana)	*		**				

* HBSC propose encore d'autres noms utilisés pour nommer les produits du cannabis : joint, shit, herbe, cône

** SMASH propose aussi le terme de "herbe"

Tableau 43 Identification de la consommation d'héroïne et de cocaïne

Héroïne et cocaïne		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-Info
Opiacés	Héroïne	*						
	Méthadone							
	Autres opiacés							(morphine, codéine, etc.)
Cocaïne	Cocaïne	(cocaïne, coke)		(cocaïne ou crack)				
	Crack			(cocaïne ou crack)				
Mélanges	<i>Speedball</i> , cocktail						(héroïne+cocaïne)	

* HBSC comprend autant l'héroïne, que l'opium et la morphine dans la catégorie "Héroïne"

Tableau 44 Identification de la consommation de produits de type amphétamine

Famille des amphétamines		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-Info
	Stimulants	(amphétamines, speed)		(ecstasy, thaï, speed, <i>designer drugs</i> et autres stimulants)				
	Amphétamines							Ritalin®, speed, etc.
	Ecstasy							(ecstasy et substances similaires)
	Autres stimulants							(khat, etc.)

Tableau 45 Identification de la consommation de produits hallucinogènes

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-Info
Famille des hallucinogènes	Hallucinogènes				(LSD, mescaline, psilocybine)			
	LSD		(LSD et autres hallucinogènes)	(LSD, champignons)				
	Champignons							
	Colles/solvants							
	Autres hallucinogènes							Mescaline, psilocybine, etc.

Tableau 46 Identification de la consommation de produits divers et de mélanges

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-Info
Divers								
Anesthésiant	GHB			salty water, drogue des violeurs				
	Kétamine							
Mélanges	Alcool+pilule							
	Alcool + cannabis							
Dopants	Stéroïdes							

Tableau 47 Identification de la consommation de médicaments

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-Info
Médicaments	Médicaments pour se droguer							
	Tranquillisants sans ordonnance							
	Benzodiazépines							Liste®
	Barbituriques							Liste®
	Somnifères et tranquillisants							Liste®

Tableau 48 Identification de la consommation d'autres produits

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-Info
Autres	Autres "fermé"				morphine, codéine			
	Autres "ouvert"			laquelle				préciser

10.4 PATTERNS DE CONSOMMATION

Tableau 49 Indicateurs de *patterns* de consommation Tabac

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-info
Consommation précoce	Age de la 1 ^{ère} consommation							
	Age de la consommation régulière							
	Age de la consommation quotidienne							
Volume de consommation	Nbre de cigarettes par jour							SAMBA D
	Nbre de cigarettes par semaine							
Fréquence de la consommation	Nombre de fois par semaine							SAMBA D
	Régulier ou irrégulier							

Tableau 50 Indicateurs de *patterns* de consommation Alcool

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-info
Consommation précoce	Age de la 1 ^{ère} consommation	■	■					
	Age 1 ^{ère} ébriété	■	■					
Fréquence de la consommation	Nombre de fois au cours de la dernière année*		■		■			
	Nombre de fois au cours du dernier mois		■					
	Nombre de fois au cours de la dernière semaine				■			
	Nombre de fois par semaine et par jour si plus fréquent**	■		■	■			SAMBAD et SAKRAM
Volume consommé***	Au cours de la dernière année				■			
	Au cours de la dernière semaine				■			
	Au cours de la dernière occasion		■					Sambad
Fréquence de la consommation excessive								
<i>binge drinking</i>	Fréquence en général							SAMBAD et SAKRAM
	Nombre de fois par mois ou semaine au cours de l'année			■	■			
	Nombre de fois total au cours du mois		■					
ébriété	Nombre de fois au cours de la vie*	■	■	■				
	Nombre de fois au cours de l'année*		■	■				
	Nombre de fois au cours des 2 mois	■						
	Nombre de fois au cours du mois*		■	■				

* deux échelles différentes utilisées pour ESPAD (nombre de fois total) et pour ESS (nombre de fois par semaine ou par mois)

** les échelles de fréquence ne sont pas les mêmes entre les enquêtes

*** en nombre de verres standards

Tableau 51 Indicateurs de *patterns* de consommation Cannabis

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-info
Consommation précoce	Age de la 1 ^{ère} consommation							
Fréquence de la consommation	Nombre de fois au cours de la vie*							
	Nombre de fois au cours de l'année							
	Nombre de fois au cours du mois							

* les échelles utilisées sont différentes et non comparables entre les enquêtes (HBSC : une fois, plusieurs fois, souvent ; ESPAD : de 1 à 40 fois en catégories ; ESS : de 1 à 6 fois et plus)

Tableau 52 Indicateurs de *pattern* de consommation Autres substances illégales

		HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-info
Consommation précoce	Age de la 1 ^{ère} consommation							
Fréquence de la consommation	Nombre de fois au cours de la vie*							
	Nombre de fois au cours de l'année							
	Nombre de fois au cours du mois							
Durée	Nombre année de consommation régulière							
Mode de consommation								
Injection	Prévalence à vie						Cocaïne + en général	
	Prévalence au cours de l'année							
	Prévalence au cours des 6 derniers mois							
	Prévalence au cours du dernier mois						Héroïne, cocktail, benzo.	
	Fréquence à vie (nbre de fois)							
Partage du matériel	Au cours des 6 derniers mois							
Inhalation (sniff)	Prévalence à vie						Cocaïne	
	Prévalence au cours du dernier mois						Héroïne, cocktail, benzo.	
	Fréquence au cours du dernier mois						Cocaïne	
Fumée	Prévalence à vie						Cocaïne	
	Prévalence au cours du dernier mois						Héroïne, cocktail, benzo.	
	Fréquence au cours du dernier mois						Cocaïne	

* les échelles utilisées sont différentes et non comparables entre les enquêtes (HBSC : une fois, plusieurs fois, souvent ; ESPAD : de 1 à 40 fois en catégories)

10.5 CONSÉQUENCES

Tableau 53 Indicateurs de conséquences

	HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monit. tabac	Bas-seuil	Act-info	Stat. sanitaires
Tabac								
Délai avant 1 ^{ère} cigarette	■		■					
Tentatives d'arrêt (différents items)				■				
Alcool								
Dépendance (AUDIT)				■			■	
Individuelles (bagarres, perte d'objets, etc.)		■						
Relationnelles (avec parents, profs, amis, etc.)		■						
Sexuelles (rel. non voulues, non protégées)		■						
Sociales (revenu, logement, etc.)							■	
Sanitaires (morbidité, mortalité)							■	■
Drogues illégales								
Individuelles (bagarres, perte d'objets, etc.)		■						
Relationnelles (avec parents, profs, amis, etc.)		■						
Sexuelles (relations non voulues, non protégées)		■						
Sociales (revenu, logement, etc.)						■	■	
Sanitaires (sérologies princ.)						■	■	■

10.6 ORGANISATION

Tableau 54 Organisation des principales enquêtes périodiques et statistiques de traitement

	HBSC	ESPAD	SMASH	ESS	Monitoring tabac	Bas-seuil	Act-info
Mise en œuvre	ISPA	ISPA	IUMSP	OFS	Uni. Zürich	IUMSP	OFSP//ISF/ISPA/OFS
Analyse	ISPA	ISPA	IUMSP	ISPA	Uni. Zürich	IUMSP	ISF/ISPA/OFS
Financement	OFSP	OFSP	OFSP	OFS	OFSP	OFSP	?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montréal: Editions nouvelles; 1995.
- 2 Richard D, Senon JL. Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris: Larousse; 1999. (Les référents).
- 3 Roques B. La dangerosité des drogues: rapport au secrétariat d'Etat à la santé. Paris: O. Jacob; 1999.
- 4 WHO. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Geneva: WHO; 2000.
- 5 Sournia J-C. Histoire de la médecine. Paris: La Découverte; 1997.
- 6 Tubiana M. Histoire de la pensée médicale: les chemins d'Esculape. Paris: Flammarion; 1995.
- 7 Rosen G. A History Of Public Health. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993.
- 8 Teutsch S, Churchill R, editors. Principles and Practice of Public Health Surveillance. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- 9 WHO-NCD Prevention and Health Promotion. About behavioural risk surveillance. Available from: URL:<http://www.who.int/hpr/brfs/about.us.shtml>.
- 10 Thacker S. Historical development. In: Teutsch S, Churchill R, editors. Principles and practice of public health surveillance. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 1-16.
- 11 Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA, editors. Oxford Handbook Of Public Health Practice. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- 12 Parrish R, McDonnell S. Sources of Health-Related Information. In: Teutsch S, Churchill R, editors. Principles and practice of public health surveillance. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 30-75.
- 13 Gutzwiller F, Jeanneret O, Abelin T. Médecine sociale et préventive, santé publique. Berne: Editions Hans Huber; 1996.
- 14 Guidelines Working Group. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2001;50(RR13)(July 27):1-35.
Available at: URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm#top>.
- 15 Romaguera R, German R, Klaucke D. Evaluating public health surveillance. In: Teutsch S, Churchill R, editors. Principles and practice of public health surveillance. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 176-193.
- 16 Maffli E, editor. L'abus de médicaments en Suisse: état des lieux et pistes pratiques. Lausanne: ISPA; 2000.
- 17 Zobel F, Arnaud S. Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).
- 18 WHO. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Lives. Geneva: WHO; 2002.
- 19 Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues 2001 (CD-Rom). Lausanne: ISPA; 2001.
- 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. Available at URL:<http://www.hospvd.ch/iump/>.

- 21 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).
- 22 Alvarez J, Bello PY, Faasen I, Feijao F, Karacheliou K, Kontogeorgiou K, et al. Emerging Drug Phenomena: A European manual on the Early Information Function for Emerging Drug Phenomena. Paris: OFDT/Trend; 2003.
- 23 Griffiths P, Vingoe L, Hunt N, editors. Detecting, tracking and understanding emerging trends in drug use. Lisboa: European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA); 1999. (Final report, Vol.1).
- 24 Griffiths P, Vingoe L, Hunt N, Mounteney J, Hartnoll R. Drug information systems, early warning, and new drug trends: can drug monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption? *Subst Use Misuse* 2000;35(6-8):811-44.