

Les toxicomanies dans le canton de Vaud 1974–1978

A. Delachaux¹, E. M. Brooke et E. Haller

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

La distribution géographique et sociale des toxicomanies suscite un grand intérêt [1, 6]. Comment, dans les diverses populations, évoluent la manière de consommer les drogues, la nature des substances utilisées, les caractéristiques et les effectifs des consommateurs? Quelles sont les causes des changements observés? Pour suivre les faits, des données numériques sont nécessaires, qui pourraient aider à mieux discerner les facteurs responsables et à mesurer l'impact éventuel des mesures curatives et préventives. Pourtant il faut bien dire que tenir un «registre des toxicomanies» à l'instar des pratiques courantes en oncologie est une entreprise hasardeuse. Les réalités se révèlent plus nuancées qu'on ne l'imagine. Voici une énumération sommaire de caractéristiques personnelles ou de situations fréquentes, notamment pour l'héroïne:

1. Les réfractaires, hostiles à toute expérience avec des drogues.
2. Les vulnérables, intéressés à une éventuelle initiation.
3. Les sujets exposés par leur environnement (facilité d'acquérir à bon marché des drogues de bonne qualité) ou leur entourage (abus habituel d'alcool, de soporifiques, de tranquillisants, de chanvre; présence d'initiateurs à l'usage des drogues [9, 10, 11]).
4. Les contamineurs sont souvent des usagers réguliers non encore dépendants. A l'occasion d'amitiés fortuites et passagères, ils initient leurs connaissances à la drogue, avec le désir de leur apporter quelque chose de neuf et de merveilleux. La phase contaminatrice persisterait six à douze mois, davantage si elle est interrompue par des périodes de manque d'héroïne.
5. Des consommateurs réguliers d'héroïne, qui semblent échapper à l'assuétude. Leur consommation est modérée, non quotidienne, maîtrisée semble-t-il [4, 9, 10, 11].
6. Des toxicomanes dépendants. Les uns désirent en sortir; d'autres pas, leurs activités restent orientées en priorité vers la drogue.
7. Les toxicomanes qui en meurent (suicide, overdose, hépatite, septicémie, etc.). Selon des études américaines, 20 % et plus des héroïnomanes décèdent au cours des dix ou quinze premières années de consommation d'héroïne [13].
8. Ceux qui réussissent à abandonner la drogue (pour les héroïnomanes, 30 à 40 % après dix ans).
9. Les anciens toxicomanes, sortis de l'assuétude, mais qui persistent à user de drogue à doses faibles. On admet qu'ils ne font plus de prosélytisme. Ils n'ont

Comment évolue l'épidémie des toxicomanies dans le canton de Vaud? Quelles sont les drogues les plus utilisées, l'effectif des nouveaux consommateurs, leur âge? Dans quelle proportion les femmes sont-elles concernées? C'est à ces questions parmi d'autres que cherche à répondre l'article suivant.

en effet plus rien de merveilleux à offrir, et craignent d'être découverts. Ils mènent une vie normale et passent inaperçus. Leur faible consommation d'héroïne peut être considérée comme une béquille aidant à supporter une infirmité.

Les groupes 2, 3 et 4 intéressent au plus haut point la prévention. Malheureusement, ils échappent jusqu'ici à toute investigation systématique et à toute prise en charge. Les groupes 1 (ceux qui refusent la drogue), 5 et 9 (qui en usent sans dommage apparent), 8 (ceux qui ont réussi à abandonner la drogue) témoignent tous d'une certaine résistance, avant, pendant ou après une mise à l'épreuve de la drogue.

Malgré la complexité des faits, nous avons cherché à réunir de manière systématique des informations à partir des centres fiables qui ont bien voulu collaborer à ce travail. Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre grande reconnaissance. La nature de leur activité permet de répartir ces centres en quatre catégories:

1. *La police* a pour mission d'assurer le respect de la loi. Dans le cadre de la poursuite des infractions à la législation fédérale sur les stupéfiants, elle est amenée à dépister des cas de consommation de drogue. Il y a lieu de relever ici que le dépistage par la police ne fait pas suite à une demande de l'intéressé d'être pris en charge en raison de problèmes consécutifs à l'abus de drogues, comme c'est généralement le cas pour les trois institutions suivantes. Ce n'est donc pas forcément la sévérité de l'abus de drogues qui détermine le dépistage [5]. Il est cependant vraisemblable que la probabilité d'être impliqué dans une enquête pénale augmente avec la durée et l'importance de la consommation et avec la fréquence des contacts avec les milieux de la drogue.
2. *Les hôpitaux psychiatriques et somatiques.* Les premiers prennent en charge les cas psychiatriques et certaines cures nécessitant une surveillance médicale en milieu fermé; les seconds les complications organiques d'overdoses, les tentatives de suicide, les hépatites, les infections, etc. La Clinique universitaire de psychiatrie de Cery, la Clinique médicale universitaire de Lausanne prennent ces cas en

¹ Adresse des auteurs: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Hôpital Sandoz, CH-1011 Lausanne.

charge dès le début; la Clinique du Vallon participe à cette activité dès 1975.

3. *Les centres médico-sociaux.* L'Office médico-pédagogique vaudois et le Centre psycho-social de la Policlinique psychiatrique universitaire accueillent librement ou reçoivent d'office des personnes qui ont besoin de soins psycho-éducatifs sous contrôle médical.
4. *Les centres sociaux non médicalisés* sont ouverts à tous ceux qui ont des problèmes correspondant à la vocation de chacun des établissements:
 - le Centre d'accueil du Levant, organisation privée subventionnée par l'Etat
 - le Drop-in jusqu'en 1975
 - le Service de Protection de la jeunesse
 - La Rambarde
 - le Centre social protestant
 - Caritas-Vaud
 - le Service psycho-pédagogique des Ecoles de Lausanne

Les données recueillies n'englobent pas la totalité des personnes consommant des «drogues» sur territoire vaudois, mais celles qui ont des problèmes liés à la consommation de drogues. On peut distinguer ainsi ceux

- qui, dans le cadre d'une enquête pénale, sont dépistés par la police [5],
- dont la gravité de l'état de santé exige une hospitalisation,
- dont les troubles de comportement justifient un traitement médical ambulatoire ou une prise en charge médico-pédagogique,
- enfin, ceux qui se sont trouvés en difficulté, d'une manière ou d'une autre, et ont cherché de l'aide auprès d'une organisation médico-sociale ou sociale, officielle ou privée.

Il n'y a en effet pas de drogués heureux, du moins pas heureux longtemps [12].

Un questionnaire précis est rempli pour chaque cas, au cours des années 1974, 1975, 1976, 1977 et 1978, portant sur la nature et la quantité des substances consommées, et sur le mode de consommation.

Des mesures sont prises pour qu'un même cas ne soit pas compté plusieurs fois; cela nécessite toute une organisation et ne va pas sans difficulté, ni sans certaines possibilités d'erreur. Le secret de fonction est strictement gardé.

Nos cas sont répartis en trois groupes selon la nature des substances consommées:

1. drogues dures (opiacés, amphétamines, cocaïne)
2. chanvre, hallucinogènes
3. médicaments seuls

Souvent on observe un usage simultané ou successif de plusieurs drogues, notamment lors de difficulté de ravitaillement d'héroïne ou de chanvre. Le consommateur est classé dans la catégorie correspondant à la drogue considérée comme la plus nocive dont il use, selon

les trois groupes ci-dessus. Ainsi le consommateur d'héroïne et de chanvre est classé dans la catégorie des usagers d'héroïne, et n'est pas enregistré parmi les consommateurs de chanvre. Les consommateurs de chanvre et de médicaments sont enregistrés dans la catégorie 2 (chanvre, hallucinogènes) et ne figurent pas dans la catégorie 3 (médicaments seuls).

Le *tabl. 1* a pour but de situer nos sources d'information par rapport à la population des consommateurs de drogues. Il présente l'effectif des personnes selon le contact établi pour chacun des quatre types de services décrits plus haut. Ce tableau présente l'ensemble des consommateurs de drogues enregistrés, qu'ils s'agisse de drogues dures, douces, ou encore d'abus graves de médicaments.

Rappelons qu'une même personne ne figure en principe qu'une seule fois sur nos tableaux, au moment où elle apparaît pour la première fois dans notre étude, peu importe à quand remonte la consommation de drogue. Ce mode de faire nous a paru le plus valable, étant donné les fréquentes incertitudes des anamnèses. L'analyse des âges rend possible des recoupements très utiles dans l'interprétation des données, comme nous le verrons plus loin.

L'évolution est irrégulière. L'effectif total des cas enregistrés évolue en deux vagues successives au cours des cinq ans d'observation, la première petite, suivie d'un creux profond en 1976, puis d'une deuxième vague haute et large.

Les effectifs enregistrés par la police suivent une courbe semblable à la précédente, avec cette différence que la deuxième vague est encore en pleine ascension à la fin de notre observation.

Les hôpitaux et les centres médico-sociaux ne signalent dans leurs effectifs qu'une seule vague, précoce pour les premiers, tardive pour les seconds.

Les centres sociaux présentent des effectifs évoluant irrégulièrement en dents de scie, les creux correspondant aux sommets des effectifs enregistrés par la police et par les centres médico-sociaux.

Nous n'avons pas d'explication pour la baisse de l'effectif de l'ensemble des cas en 1976. On ne peut exclure des biais d'enregistrement. Les divers centres intéressés se développent, ils cherchent à adapter leurs structures et leurs techniques à une demande qui se modifie sans cesse. Les restructurations opérées en 1975 et 1976 dans la lutte contre la drogue dans le canton de Vaud ont conduit à une prise en charge plus

Tabl. 1. Répartition de l'ensemble des cas (drogues dures, drogues douces, abus grave de médicaments) entre les quatre types d'institutions

	1974	1975	1976	1977	1978
Police cantonale	328	437	333	424	487
Hôpitaux	34	71	65	54	42
Centres médico-sociaux	137	144	130	265	159
Centres sociaux	203	108	149	78	121
Total	702	760	677	821	809

large de la part du Centre psycho-social et de l'Office médico-pédagogique. Si nous comparons les effectifs des nouveaux cas enregistrés en 1974 et en 1978, voici les changements observés:

Police cantonale	+ 48,5 %
Hôpitaux	+ 23,5 %
Centres médico-sociaux	+ 16,0 %
Centres sociaux	- 41,1 %
Effectifs totaux	+ 15,2 %

Le *tabl. 2* distingue les consommateurs de drogues dures, douces et de médicaments.

Pour les drogues dures, l'effectif «tous âges» des cas nouvellement enregistrés chaque année ne cesse d'augmenter avec un palier en 1976-1977. Pour les drogues douces, le niveau est relativement stable avec un creux profond en 1976. Si l'on compare les effectifs de 1974 et de 1978, on observe pour les drogues dures un gain de 63,5 % et pour les drogues douces une baisse de 8,6 %.

Pour l'abus de médicaments, les effectifs sont relativement stables; ils sont trop petits et n'autorisent pas de prise de position. Seuls des cas graves figurent dans nos tableaux, la plupart à la suite d'hospitalisations.

L'évolution des effectifs de consommateurs dans le canton de Vaud est donc très différent selon le type de la drogue.

Etudes de plus près la consommation des drogues dures. Le *tabl. 3* montre que l'héroïne est largement

Tabl. 2. Répartition des effectifs selon le type de drogues consommées

	1974	1975	1976	1977	1978
Drogues dures	230	284	314	315	376
Drogues douces	432	414	316	436	395
Médicaments	39	47	34	42	25
Non mentionné	1	15	13	28	13
Total	702	760	677	821	809

Tabl. 3. Répartition des consommateurs de drogues dures

	1974	1975	1976	1977	1978
Héroïne, morphine	154	181	205	221	228
Amphétamines	23	13	7	22	6
Cocaïne	4	3	5	6	31
Associations H ± A ± C	49	87	97	66	111
Total	230	284	314	315	376

Tabl. 4. Evolution de la consommation de cocaïne dans la province vaudoise

	1974	1975	1976	1977	1978
Cocaïne seule	4	3	5	6	31
Cocaïne plus héroïne	10	9	16	17	74
Cocaïne plus amphétamines	0	0	1	1	2
Cocaïne plus héroïne plus amphétamines	3	18	21	18	24
Total	17	30	43	42	131

en tête tout au long des cinq années d'observation. Jusqu'en 1977, 6 % seulement des usagers consomment des amphétamines à titre de drogue principale, 1,5 % la cocaïne. En revanche 1 héroïnomanie sur 4 associe l'amphétamine à sa drogue habituelle. Alors qu'aux Etats-Unis et dans certains pays d'Europe la cocaïnomanie est déjà solidement installée depuis quelques années, jusqu'à fin 1977 elle ne se manifestait encore que très discrètement chez nous. La situation évolue rapidement: le *tabl. 4* montre le développement de la cocaïnomanie en terre vaudoise.

La toxicomanie à la méthadone, non associée à une autre drogue dure, ne paraît pas jouer jusqu'ici un rôle important dans notre canton, en dehors de «dépannages» transitoires.

Le *tabl. 5* montre la répartition des consommateurs de drogues dures entre les quatre types d'institutions. En cinq ans, les effectifs annuels nouvellement enregistrés à la police font plus que doubler. S'agit-il de biais d'enregistrement? Les techniques de la police se perfectionnent, l'effectif de la Brigade des stupéfiants augmente. D'autre part le risque d'entrer en contact avec la police augmente pour chaque toxicomane avec les années. La hausse des effectifs signalés simultanément par les centres médico-sociaux et sociaux en 1978 parle en faveur d'une augmentation réelle des nouveaux cas.

Les centres médico-sociaux observent une hausse constante et régulière de leurs nouveaux cas au cours des cinq dernières années.

Les centres sociaux voient au contraire leur clientèle diminuer, de manière irrégulière il est vrai. Ils se consacrent de plus en plus à des tâches thérapeutiques bien définies, absorbant une grande force de travail, et à des missions de prévention.

Pour les drogues dures, la proportion des cas hospitalisés par rapport au total des personnes enregistrées pourrait donner un indice de gravité des complications de la toxicomanie. Voici l'évolution de cet indice au cours de notre observation, donnée en pour-cent:

1974	1975	1976	1977	1978
5,6 %	15,9 %	14,3 %	13,2 %	8,2 %

Le délai nécessaire au développement des complications graves peut expliquer le faible taux de la première année.

Pour les usagers de drogues douces, le *tabl. 6* montre que la police établit la plupart des contacts. La consommation des haschisch est très répandue en Suisse tout en étant réprimée par la loi. L'activité des hôpitaux passe au second plan alors qu'on observe une hausse spectaculaire de la clientèle des centres médico-sociaux en 1977, et que baissent les effectifs pris en charge par les centres sociaux, orientés de plus en plus vers les troubles graves engendrés par les drogues dures.

Pour l'abus sévère de médicaments, le *tabl. 7* montre que les centres médicaux sont principalement concernés, peu la police et les centres sociaux. Dans notre étude, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, ne

figurent que des cas graves, en raison de leur parenté de comportement avec les usagers de drogues dures et douces. Vue sous l'angle de la première prise en charge, la situation paraît stable au cours de ces quatre années. La modicité des effectifs implique cependant des réserves.

Dans quelle mesure hommes et femmes sont-ils concernés par les drogues? Voici, pour l'ensemble de nos cas (drogues dures, douces et abus graves de médicaments), la proportion des hommes:

1974	1975	1976	1977	1978
75 %	68 %	68 %	64 %	69 %

Voici l'évolution de la participation masculine observée séparément pour les trois types de «drogues»:

	1974	1975	1976	1977	1978
drogues dures	74 %	59 %	68 %	62 %	69 %
drogues douces	79 %	79 %	70 %	68 %	72 %
médicaments	38 %	23 %	36 %	31 %	24 %

La proportion des hommes diminue dans chacun des trois secteurs. Pour les drogues dures, les auteurs américains (*Hughes, Hunt et Chambers*) observent une évolution semblable.

L'âge présente un grand intérêt. La consommation des drogues dures, plus encore celle des drogues douces, débute tôt, dans la plupart des cas avant l'âge de 20 ans. L'âge du toxicomane, au moment où il apparaît dans notre étude, donne ainsi une indication de la date du début de la consommation de la drogue.

De nombreuses études montrent en effet qu'il y a un âge de réceptivité particulière, de vulnérabilité aux drogues. Cet âge paraît peu influencé par la race ou par le sexe. Pour l'héroïne, les deux tiers des toxicomanes «commencent» entre 15 et 21 ans (l'âge pour lequel la probabilité est la plus élevée est 18 ans), pour la

Tabl. 5. Répartition des consommateurs de drogues dures entre les quatre types d'institutions

	1974	1975	1976	1977	1978
Police cantonale	66	110	90	128	163
Hôpitaux	13	44	43	41	31
Centres médico-sociaux	39	65	81	93	110
Centres sociaux	112	65	100	53	72
Total	230	284	314	315	376

Tabl. 6. Répartition des consommateurs de drogues douces entre les quatre types d'institutions

	1974	1975	1976	1977	1978
Police cantonale	259	321	235	273	322
Hôpitaux	10	17	13	6	4
Centres médico-sociaux	83	36	30	138	34
Centres sociaux	80	40	38	19	35
Total	432	414	316	436	395

marijuana entre 12 et 16 ans (âge de la plus grande probabilité: 14 ans), selon *Hunt et Chambers*.

Le tabl. 8 concerne les drogues dures. Il montre que l'effectif annuel des jeunes (19 ans et moins) nouvellement enregistrés augmente rapidement pendant les trois premières années. Puis il tombe brusquement en dessous du niveau initial pour remonter en 1978 à un niveau légèrement supérieur à celui de 1974.

La classe «20-24 ans» montre une évolution différente: elle ne cesse d'augmenter tout au long des cinq ans d'observation, lentement pendant les trois premières années, très brusquement au cours de la quatrième année, où le gain est de 50 %, puis de nouveau lentement au cours de la dernière année.

La classe «25-29 ans» suit une courbe générale ascendante, avec cependant un fléchissement en 1976. L'effectif de 1978 est le triple du taux initial.

Le tabl. 8 montre en 1977 un net fléchissement du nombre réel des nouveaux consommateurs de drogues dures. Le phénomène n'est hélas que passager. En revanche on assiste à un vieillissement très net de l'ensemble du groupe. Voici, exprimée en pour-cent, la proportion des «jeunes» nouvellement enregistrés au cours de chacune des cinq années d'observation:

1974	1975	1976	1977	1978
37,4 %	40,2 %	41,7 %	22,4 %	27,9 %

Nous avons affaire à une proportion croissante de consommateurs âgés, dont la plupart usent de drogues dures depuis des années. Comme nous l'avons vu plus haut, pour les consommateurs de drogues dures, les difficultés augmentent avec la durée de la toxicomanie, et avec les difficultés augmente aussi l'éventualité d'une prise de contact avec l'une ou l'autre de nos institutions.

Les effectifs des personnes âgées de 30 ans et plus tendent à baisser. Plusieurs hypothèses méritent d'être

Tabl. 7. Répartition des cas d'abus grave de médicaments entre les quatre types d'institutions

	1974	1975	1976	1977	1978
Police cantonale	3	6	8	4	1
Hôpitaux	11	10	9	7	7
Centres médico-sociaux	15	30	12	30	13
Centres sociaux	10	1	5	1	4
Total	39	47	34	42	25

Tabl. 8. Consommateurs de drogues dures par groupe d'âge

	1974	1975	1976	1977	1978
19 ans et moins	82	111	123	70	87
20-24 ans	98	110	120	183	189
25-29 ans	20	42	36	50	62
30 ans et plus	19	13	16	9	14
Age inconnu	11	8	19	3	24
Total	230	284	314	315	376

Tabl. 9. Estimation de l'effectif total, fin 1978, des consommateurs de drogues dures en difficulté

Année d'enregistrement	Age: 22 ans et plus ou inc.			Cas «disparaissant» au cours des années (7,75 % par an)			Cas «en difficulté» fin 1978			Total restant à fin 1978
	H	F	Inc.	H	F	Inc.	H	F	Inc.	
1974	71	14	1	22	5	0	49	9	1	59
21 ans et moins										
	H	F	Inc.	H	F	Inc.	H	F	Inc.	
1974	100	43	1	31	14	0	69	29	1	99
1975	81	81	1	19	19	0	62	62	1	125
1976	121	60	2	19	9	0	102	51	2	155
1977	94	66	6	7	5	1	87	61	5	153
1978	103	65	1	0	0	0	103	65	1	169
Total							472	277	11	760

discutées ici. Winick [14] signale dans des observations que la plupart des héroïnomanes ne poursuivent pas indéfiniment leur consommation de drogue. Après l'âge de 26 ans, un quart cesserait d'être dépendant; après l'âge de 36 ans, la proportion atteint 75 %. Il serait fort utile de pouvoir confirmer ces observations. La présence en 1974 déjà d'un nombre important de toxicomanes relativement âgés suggère que les drogues dures sévissaient dans le canton de Vaud depuis plus longtemps qu'on ne l'admet habituellement. Voici comment l'évolution des toxicomanies est généralement ressentie par la population vaudoise:

1969–1970: le chanvre et les hallucinogènes commencent à «soulever un problème». Rejet de l'alcool, drogue de vieux.

1972–1973: la situation évolue. L'alcool n'est plus rejeté pour des motifs idéologiques. La vogue est au mélange d'alcools, médicaments, chanvre et hallucinogènes.

1973–1974: la consommation de drogues dures s'étend rapidement.

1977 : apparition discrète de la cocaïnomanie.

En 1974, il y avait déjà, dans le canton de Vaud, 98 héroïnomanes de 20 à 24 ans, 20 de 25 à 29 ans, 19 de 30 ans et plus. Il faut encore tenir compte d'un retard de deux ans et demi en moyenne (Hunt) de l'enregistrement par rapport aux faits... et de tous ceux qui échappent à l'enregistrement. Il est probable que l'héroïnomanie était déjà un «problème» en terre vaudoise dès 1968.

Aux Etats-Unis, l'épidémie d'héroïnomanie débute vers 1945 pour culminer en 1968–1969 dans les grandes villes. En 1971, la «grande vague» a déjà dépassé la plupart des agglomérations de plus de 1 million d'habitants; elle s'étend aux groupes démographiques et géographiques vulnérables qui ont échappé jusque-là.

Une analyse plus fine de l'âge des jeunes toxicomanes révèle encore les faits suivants: chez nous, les drogues dures commencent à poser un problème social dès

l'âge de 17 ans chez les filles et de 18 ans chez les garçons. Encore faudrait-il déduire de cet âge un retard d'enregistrement de un à deux ans.

A combien peut-on estimer, à la fin de 1978, le nombre des consommateurs de drogues dures qui dans notre canton ont rencontré, du fait de leur comportement, des difficultés majeures?

Retenons les hypothèses suivantes:

– Nos enregistrements jouent dès 1974. Les personnes enregistrées cette année et âgées de 22 ans et plus sont en fait déjà d'anciens consommateurs.

– Selon certaines données de la littérature, environ 77,5 % des consommateurs perturbés de drogues dures disparaissent en dix ans, qu'il s'agisse de décès, de départs à l'étranger, de guérison ou du moins d'un retour à une certaine intégration sociale.

– La proportion des «sorties hors des troubles de dépendance» se répartit également au cours des dix ans considérés.

Dans ces conditions, nous soustrayons 7,75 % des cas chaque année qui suit l'enregistrement. Le tabl. 9 «Estimation de l'effectif total, fin 1978, des consommateurs de drogues dures en difficulté» présente le détail du calcul. L'effectif fin 1978 atteint 760 personnes, dont 36,4 % de femmes. Il s'agit d'une estimation minimale.

Dans notre canton, les décès certainement dus à la drogue sont relativement rares: 3, 3, 4, 8 et 11 pour les années 1974–1978. Si nous retenons l'hypothèse d'une réduction annuelle de 4 % des cas par année, plus proche de la réalité suisse, l'effectif fin 1978 des consommateurs de drogues dures en difficulté atteindrait 833.

Dans le cadre des drogues douces (tabl. 10), l'effectif des «moins de 20 ans» domine de loin les autres classes d'âge. Il s'agit d'un phénomène d'adolescents.

Le nombre des jeunes diminue franchement au cours des trois premières années, pour remonter en 1977 et 1978 sans atteindre le niveau initial. La proportion des jeunes diminue nettement, au profit des «anciens». La

voici exprimée en pour-cent de l'effectif annuel «tous âges».

1974	1975	1976	1977	1978
59,8 %	55,1 %	57,3 %	44,6 %	49,1 %

La comparaison des effectifs des différentes classes d'âge suggère que les consommateurs de drogues dures sont perturbés plus longtemps que les autres. En effet, pour eux, un petit groupe de jeunes (19 ans et moins) côtoie un grand groupe de plus âgés (20–29 ans). Pour les drogues douces, le grand groupe est celui des jeunes (19 ans et moins); dès 25 ans, les effectifs sont plus faibles.

Que se passe-t-il chez le toxicomane vieillissant? La dépendance s'atténue-t-elle avec l'âge? Le toxicomane parvient-il à quitter la drogue ou à se satisfaire de doses plus faibles? Ou réussit-il, avec l'expérience acquise, à poursuivre sans ennui une consommation importante de drogue? Ces problèmes présentent un grand intérêt: des effectifs importants d'héroïnomanes vont, dans notre région, dépasser leur 26^e année.

Pour les drogues douces, la proportion des jeunes reste particulièrement forte. C'est l'âge des premiers gains professionnels et de la possibilité de s'offrir des satisfactions à la mode. La consommation des drogues douces est plus précoce que celle des drogues dures. Le retard à l'enregistrement par rapport au début de la consommation est difficile à apprécier. La toxicomanie est moins grave, mais il peut y avoir des accidents aigus, d'autant plus rares que le consommateur est plus expérimenté. Rappelons que notre étude ne concerne qu'une petite partie des usagers de drogues douces, ceux qui connaissent des difficultés.

L'abus sévère des médicaments (tabl. 11), malgré de petits effectifs, présente une répartition d'âge homogène au cours des cinq années. Il n'y a aucune tendance évolutive. Ce sont les personnes de 30 ans et plus qui sont concernées, alors que les usagers de drogues dures et douces sont beaucoup plus jeunes. Le contraste est frappant.

Il peut être utile de connaître le lieu de domicile de nos cas et les changements éventuels survenus au cours de l'étude. Nous avons distingué, en 1974, 1975 et 1976, les groupes suivants: Lausannois, Vaudois hors Lausanne, Confédérés non vaudois, étrangers, enfin les personnes sans domicile fixe. Parmi ces derniers groupes se trouvent des gens de passage sur la route de l'Orient, d'Amsterdam ou d'ailleurs, en quête de drogue ou d'un mode de vie plus gratifiant.

Le tabl. 12, pour l'ensemble des cas (drogues dures et douces, abus de médicaments), signale en 1974 les Vaudois en tête, suivis des Lausannois puis des Confédérés, à intervalles presque égaux. Loin derrière, on trouve les étrangers, plus loin encore les drogués sans domicile fixe. Notre réseau d'information s'étend bien à l'ensemble du canton de Vaud, malgré ses imperfections.

En 1976, les rangs ne changent pas. Mais les Lausannois rejoignent presque les Vaudois, alors que les Confédérés perdent un tiers de leur effectif, et que les deux

derniers groupes, étrangers et «sans domicile fixe», ne forment plus que 2,7 et 0,8 % du total.

Pour les drogues dures (tabl. 13), la répartition est très différente. En 1974, les Confédérés sont largement en tête, puis viennent les Vaudois, talonnés par les Lausannois. Loin derrière, les étrangers; enfin les «sans domicile fixe». En 1976, l'effectif lausannois a triplé. Les Vaudois, bien que leur nombre ait augmenté, ne représentent plus que 45 % du groupe de tête et se trouvent maintenant à égalité avec un nombre réduit de Confédérés. Le nombre des étrangers diminue, celui des «sans domicile fixe» reste inchangé; ensemble, ces deux groupes forment 8 % du total.

Tabl. 10. Consommateurs de drogues douces par groupe d'âge

	1974	1975	1976	1977	1978
19 ans et moins	254	227	180	194	194
20–24 ans	131	131	86	160	142
25–29 ans	31	38	34	52	40
30 ans et plus	9	16	14	29	19
Age inconnu	7	2	2	1	0
Total	432	414	316	436	395

Tabl. 11. Consommateurs de médicaments seuls par groupe d'âge

	1974	1975	1976	1977	1978
19 ans et moins	2	5	6	5	1
20–24 ans	9	2	8	6	4
25–29 ans	6	5	4	4	6
30 ans et plus	22	34	14	27	13
Age inconnu	–	1	2	–	1
Total	39	47	34	42	25

Tabl. 12. Répartition de l'ensemble des cas (drogues dures, douces et médicaments) selon le domicile

	1974	1975	1976
Lausanne	201	236	240
Vaud	237	277	243
Autres cantons	158	137	109
Etranger	74	89	64
Sans domiciles fixe	24	17	15
Pas de réponse	8	4	6
Total	702	760	677

Tabl. 13. Répartition des usagers de drogues dures selon le domicile

	1974	1975	1976
Lausanne	49	97	152
Vaud	53	83	66
Autres cantons	83	70	66
Etranger	30	24	16
Sans domicile fixe	12	9	10
Pas de réponse	3	1	4
Total	230	284	314

Pour des drogues douces (tabl. 14), les choses se présentent autrement au départ. En 1974, nous trouvons dans l'ordre des effectifs décroissants, les Vaudois d'abord, puis les Lausannois, les Confédérés, les étrangers, ceux sans domicile fixe, à intervalles réguliers. En 1976, l'effectif lausannois tombe de moitié, alors qu'il triple pour les drogues dures. Les Vaudois maintiennent leur effectif et passent en tête, les étrangers deviennent un peu plus nombreux et prennent la troisième place, alors que les Confédérés et les «sans domicile fixe» réduisent leurs effectifs; étrangers et «sans domicile fixe» forment environ 16 % de l'effectif total «drogues douces».

Pour l'abus des médicaments, les Lausannois sont en tête, suivis des Vaudois puis des Confédérés. Pas de changement notable pendant la durée d'observation. Il

Tabl. 14. Répartition des usagers de drogues douces selon le domicile

	1974	1975	1976
Lausanne	132	98	63
Vaud	174	184	170
Autres cantons	69	58	33
Etranger	42	64	45
Sans domicile fixe	12	8	5
Pas de réponse	3	2	-
Total	432	414	316

Tabl. 15. Domicile des consommateurs de drogues âgés de moins de 20 ans

	Drogues dures				Drogues douces			
	H	F	Inc.	Total	H	F	Inc.	Total
1974								
Lausanne	14	10	-	24	51	27	-	78
Vaud	12	10	-	22	76	34	-	110
Autres cantons	20	6	-	26	40	4	-	44
Etranger	5	2	-	7	15	2	-	17
Sans domicile fixe	1	1	-	2	3	-	-	3
Pas de réponse	-	1	-	1	2	-	-	2
Total	52	30	-	82	187	67	-	254
1975								
Lausanne	21	25	-	46	47	19	1	67
Vaud	11	21	-	32	80	38	-	118
Autres cantons	13	12	-	25	20	9	1	30
Etranger	3	3	-	6	6	1	-	7
Sans domicile fixe	1	1	-	2	2	1	-	3
Pas de réponse	-	-	-	-	1	-	-	1
Total	49	62	-	111	156	68	3	227
1976								
Lausanne	42	25	-	67	30	12	-	42
Vaud	19	9	1	29	71	41	-	112
Autres cantons	18	2	-	20	16	3	-	19
Etranger	2	-	-	2	5	1	-	6
Sans domicile fixe	2	1	-	3	-	1	-	1
Pas de réponse	1	1	-	2	-	-	-	-
Total	84	38	1	123	122	58	-	180

s'agit d'une pathologie très répandue dans toute la Suisse; seuls certains cas figurent dans notre étude, en raison de certains caractères communs, médicaux, psychologiques et sociaux; ils sont pris dans un réseau commun d'information orienté vers les drogues dures et douces.

Si l'on considère les tabl. 13 et 14, on constate:

- chez les Lausannois, une rapide augmentation du nombre enregistré d'usagers de drogues dures, et l'inverse pour les drogues douces,
- chez les Vaudois, une certaine stabilité des effectifs pour les deux types de consommateurs,
- chez les Confédérés, une baisse des effectifs pour les deux types de consommation.

En 1976, les étrangers et les personnes sans domicile fixe forment 5 et 3 % des consommateurs de drogues dures, respectivement 14 et 1,6 % des consommateurs de drogues douces.

Le tabl. 15 présente, selon le domicile, les consommateurs de drogues dures et douces âgés de moins de 20 ans, de 1974 à 1976. Pour les drogues dures, l'effectif des Lausannois triple presque, celui des Vaudois augmente d'un tiers, alors que le nombre des Confédérés et des étrangers diminue. Pour les consommateurs de drogues douces, l'effectif des Lausannois diminue de moitié, il reste stable pour les Vaudois, il baisse pour les Confédérés.

S'agit-il, à Lausanne, d'un enregistrement plus complet des usagers de drogues dures? Ou d'une concentration à Lausanne de nouveaux résidents toxicomanes, attirés par des facilités de se procurer de l'héroïne?

La répartition géographique des cas d'abus sévère de médicaments ne présente pas d'intérêt, les jeunes étant très peu touchés.

Conclusions

La consommation de substances psychotropes est un phénomène courant, à la limite des comportements normaux et pathologiques. Les toxicomanies représentent une situation extrême, dans laquelle interviennent d'une part la nature des substances utilisées, de l'autre des facteurs personnels et sociaux.

Les substances incriminées présentent une étonnante diversité de structure chimique et de propriétés pharmacologiques: narcotiques, tranquillisants, excitants, hallucinogènes. Malgré ces différences, les toxicomanes peuvent substituer les drogues l'une à l'autre en cas de manque; ils usent d'ailleurs volontiers des combinaisons les plus diverses, associées à l'alcool.

La personnalité du toxicomane, avant même le recours aux drogues, se trouve au centre du problème. Ainsi dans une région, la plus grande partie de la population est réfractaire aux drogues, hostile à toute expérience de ce type; une fraction de la population au contraire se sent attirée par les psychotropes et se révèle vulnérable. Dans notre étude, nous n'avons retenu que les cas sévères, ceux qui, du fait de la consommation de drogues, ont rencontré des difficultés, qu'il s'agisse d'une intervention de la police, de la nécessité d'un recours à l'hôpital, à un établissement médico-social ou encore à une institution sociale non médicalisée. Notre réseau d'information, destiné aux consommateurs de drogues dures (opiacés, amphétamines, cocaïne) et douces (haschisch et hallucinogènes) a retenu encore un certain nombre de cas sévères d'abus de médicaments (soporifiques, tranquillisants, analgésiques).

La durée d'observation s'étend de 1974 à 1978. Voici, pour la première et la cinquième année, les effectifs des cas nouvellement enregistrés, tous âges:

	1974	1978
- effectif annuel total (drogues dures, drogues douces, abus sévère de médicaments)	702	809
- drogues dures	230	376
- drogues douces	432	395
- abus sévère de médicaments: situation stable, effectifs faibles.		

Voici la somme des cas nouvellement enregistrés pendant les cinq ans d'observation:

- consommateurs de drogues dures	1519
- consommateurs de drogues douces	1993
- abus sévère de médicaments	187

Parmi les drogues dures, l'héroïne, seule ou associée à d'autres médicaments, est de loin la substance la plus utilisée. L'effectif des jeunes (19 ans et moins) représente probablement les «réels nouveaux» cas; il culmine en 1976 avec 123 cas, tombe à 70 l'année suivante pour remonter à 87 en 1978. Les toxicomanes plus âgés enregistrés au cours de la même année sont très probablement d'anciens drogués; leur effectif augmente rapidement avec les années et dépasse dès 1977 le double de celui des «jeunes». Le nombre des toxicomanes de 30 ans et plus nouvellement enregistrés chaque année est faible et reste stationnaire. Le début de l'épidémie remonte probablement à 1970 et l'âge de début est généralement inférieur à 20 ans. Les premières cohortes importantes approchent maintenant de la trentaine.

La cocaïne apparaît discrètement en 1974 et tend, dès 1978, à supplanter les amphétamines, soit à titre de substance associée à l'héroïne, soit à titre de drogue principale.

Parmi les consommateurs de drogues douces, les «jeunes» sont particulièrement nombreux. Si, dans le cadre des drogues dures, les «19 ans et moins» forment le quart de l'effectif annuel nouvellement enregistré, cette proportion est doublée chez les consommateurs de drogues douces.

Pour l'abus sévère de médicaments, les effectifs sont petits, mais relativement stables, au cours des cinq ans d'observation. Les classes d'âge les plus touchées dépassent la trentaine.

La consommation des drogues dures ou douces concerne deux hommes pour une femme; cette relation est inversée dans l'abus de médicaments.

L'étude du lieu de domicile de nos cas porte sur 1974, 1975, 1976 seulement. Le recrutement des toxicomanes selon le lieu de domicile évolue de manière très différente, selon qu'il s'agisse de drogues dures ou douces. Pour les drogues dures, l'effectif des Lausannois triple en trois ans, pour les drogues douces il diminue de moitié. La participation des étrangers est faible, elle diminue pour les drogues dures, elle reste stable pour les drogues douces. La participation des «sans domicile fixe» est plus faible encore, elle est stable pour les drogues dures, elle baisse pour les drogues douces. Pour l'abus sévère de médicaments, il n'y a pas de changement.

Le nombre officiel des décès par toxicomanie concerne les morts violentes. Il est faible par rapport à l'effectif des toxicomanes, mais en hausse constante.

Sur la base de notre information, on peut estimer à un minimum de 800 dans le canton de Vaud l'effectif des consommateurs de drogues dures en difficulté du fait de leur toxicomanie. La plupart sont des héroïnomanes, dont un quart associaient les amphétamines à leur drogue de base. Depuis peu, les amphétamines sont remplacées par la cocaïne.

Résumé

Notre étude porte sur les toxicomanes en difficulté du fait de leur consommation de drogue dans le canton de Vaud; elle s'étend de 1974 à 1978 et bénéficie du concours de la police cantonale, d'hôpitaux, d'instituts médico-sociaux et de centres sociaux. L'observation porte sur 1519 cas de consommateurs de drogues dures, 1993 consommateurs de drogues douces et 186 cas d'abus chronique sévère de médicaments seuls.

Pour les drogues dures, l'effectif annuel des cas nouveaux âgés de moins de 20 ans culmine en 1976. Quant aux «anciens» toxicomanes, leur effectif ne cesse d'augmenter. L'héroïne est la drogue la plus utilisée; elle est associée dans un quart des cas aux amphétamines, elles-mêmes remplacées par la cocaïne dès 1978. Les premières

cohortes importantes d'héroïnomanes dans le canton de Vaud auront 28 à 30 ans en 1980.

Pour les drogues douces, les effectifs enregistrés diminuent légèrement au cours des cinq ans d'observation. La participation des jeunes est particulièrement élevée, les anciens consommateurs sont beaucoup moins nombreux. L'usage de drogues dures ou douces concerne deux hommes pour une femme.

L'abus sévère de médicaments touche un petit groupe plus âgé à prédominance féminine, qui varie peu au cours des cinq ans d'observation.

Zusammenfassung

Drogenabhängigkeit im Kanton Waadt, 1974–1978

Unsere Untersuchung bezieht sich auf die Drogenabhängigen, welche zwischen 1974 und 1978 im Kanton Waadt durch ihren Drogenkonsum in Schwierigkeiten gekommen sind. Sie wurde ermöglicht durch die Mitwirkung der Kantonspolizei, von Spitälern, sozialmedizinischen Instituten und sozialen Einrichtungen.

Folgende Gruppen von Drogenabhängigen wurden erfasst:

1519 Konsumenten von harten Drogen (Opiate, Amphetamin, Kokain)

1993 Konsumenten von weichen Drogen (Haschisch, Halluzinogene)

186 Fälle von schwerem chronischem Medikamentenmissbrauch, welche zufällig durch unser Informationsnetz erfasst wurden

Bei den harten Drogen erreicht die Anzahl der jährlichen neuen Fälle unter 20 Jahren 1976 den Höhepunkt und hält sich seither um einen Drittel unter diesem Niveau. Die Älteren sind meist schon Langzeitkonsumenten. Die Anzahl der 20- bis 29jährigen nimmt mit den Jahren ständig zu, die der 30jährigen und älteren bleibt gering und konstant. Heroin ist die meistgebrauchte harte Droge; in einem Viertel der Fälle wird es kombiniert mit Amphetaminen; diese werden seit 1977/78 durch Kokain ersetzt. Die ersten bedeutenden Kohorten von Heroinabhängigen im Kanton Waadt werden 1980 28 bis 30 Jahre alt sein. Die Gesamtzahl der Konsumenten von harten Drogen im Kanton Waadt dürfte Ende 1978 bei mindestens 830 liegen.

Bei den weichen Drogen nimmt die Anzahl der registrierten Fälle im Laufe der fünf Jahre etwas ab. Der Anteil der Jungen ist hier besonders hoch. Langzeitkonsumenten sind hier weniger zahlreich. Der Konsum von harten und weichen Drogen betrifft doppelt so viele Männer wie Frauen.

Schwerer Medikamentenmissbrauch wurde vor allem bei über 30jährigen angetroffen, vorwiegend bei Frauen. Im Laufe der fünf Jahre hat sich hier kaum etwas geändert.

Die Angaben werden im Lichte der ausländischen Literatur diskutiert.

Summary

Drug-addiction in the Canton of Vaud, 1974–8

Our study is concerned with drug-addicts in the Swiss canton of Vaud who are in difficulties as a result of their drug consumption. The survey covers the period from 1974 until 1978, and was carried out with the assistance of the cantonal police, hospitals, sociomedical institutes, and social assistance centres.

We investigated:

1519 cases of consumers of hard drugs (opiates, amphetamines, and cocaine)

1993 consumers of soft drugs (haschisch and hallucinogens)

186 cases of serious chronic abuse of medications only, which were accidentally discovered by our information system

With hard drugs, the annual number of new cases in the age group below 20 shows a peak in 1976, and remains so far at a level one third below. As far as older subjects are concerned, mostly "old" drug-addicts, the total number in the age group 20–29 continues to increase year after year. In exchange, in the age group 30 and older, the level of addiction to hard drugs remains constant and low. Heroin is drug number one, and is in 25% of the cases associated with amphetamines, which are replaced by cocaine since 1977–8. It should be noted that the first bigger group of heroin-addicts in the canton of Vaud will be 28–30 years old in 1980. By the end of 1978, the total number of subjects addicted to hard drugs might amount to at least 830.

The total number of subjects recorded as addicted to soft drugs decreased slightly in the course of the five years under observation. The percentage of young addicts is particularly high, while there are much fewer old consumers. Every third addict to hard or soft drugs is a woman.

Abuse of medicaments is limited to a small group, which is older, consists predominantly of women, and varies little in the course of the five years under observation.

The collected material is discussed in the light of data published in the foreign literature.

Bibliographie

- [1] *de Alacron, R.*, Lessons from the Recent British Drug Outbreak, in Anglo-American Conference on Drug Abuse Proceedings, p. 49–54 (Royal Society of Medicine, London 1973).
- [2] *de Alacron, R.*, et *Rathed, N. H.*, Prevalence and Early Detection of Heroin Abuse, *Brit. Med. J.* 2, 549–553 (1968).
- [3] *Archibald, H. D.*, Historical Perspectives. Alcohol, Tobacco and other Drugs of Dependence, in Anglo-American Conference on Drug Abuse, p. 9–14 (R. A. Bowen Editor, London 1973).
- [4] *Bourne, P. G.*, *Hunt, L. G.*, et *Vogt, J.*, A Study of Heroin Use in the State of Wyoming, p. 3–15 (Washington DC: Foundation for International Resources 1975).
- [5] *Delachaux, M.*, Drogues et Législation. Evolution des mesures de contrôle et de mesures répressives prévues par les conventions internationales et la législation fédérale sur les stupéfiants. Thèse de doctorat, Faculté de Droit, Univ. Lausanne 1977.
- [6] *Du Pont, R. L.*, Profile of a Heroin Addiction Epidemic, *New England J. of Medicine* 285, 320–324 (1971).
- [7] *Glaser, F. B.*, et *Ball, J. C.*, The British Narcotic Register in 1970: a Factual Review, *JAMA* 216, 1177–1182 (1971).
- [8] *Greene, M. H.*, et *Du Pont, R. L.*, Heroin Addiction Trends, *Amer. J. Psychiatry* 131, 545–550, 1974.
- [9] *Hughes, P. H.*, Behind the Wall of Respect, 162 p. The Univ. of Chicago Press and London 1977.
- [10] *Hunt, L. G.*, Prevalence of Active Heroin Use in the United States, Proceedings of the National Institute on Drug Abuse Conference on the Epidemiology of Opiate Use (Palo Alto, Calif. Stanford Research Institute, feb. 1976).
- [11] *Hunt, L. G.*, et *Chambers, C. D.*, The Heroin Epidemics. A Study of Heroin Use in the U. S., 1965–1975, 145 p. (Spectrum Publications, New York 1976).
- [12] *Olivenstein, C.*, La Drogue (Ed. Univ. Paris 6e 1970).
- [13] *Vaillant, G. E.*, A 20-Years Follow-up of N. Y. Narcotic Addicts, *Arch. Gen. Psychiatry* 29, 237–241 (1973).
- [14] *Winick, C.*, Maturing out of Narcotic Addiction, *Bull. Narc.* 14 (1) 1–7 (1962).