

Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Unité d'évaluation de programmes de prévention - UEPP

Addiction Suisse - AS

Analyse des besoins de la prise en charge des personnes dépendantes en Suisse. Rapport final

Stéphane Luyet (UEPP), Matthias Wicki (AS), Stephanie Stucki
(AS), Beat Windlin (AS), Etienne Maffli (AS), Jean-Pierre
Gervasoni (UEPP), Françoise Dubois-Arber (UEPP)

RAISONS DE SANTÉ 222 – LAUSANNE

Raisons de santé 222

Étude financée par :

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Contrat N° 12.007092/204.0001-1040 (IUMSP)
Contrat N° 12.007254/204.0001-1043 (Addiction Suisse)

Citation suggérée :

Luyet S, Wicki M, Stucki S, Windlin B, Maffli E, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Analyse des besoins de la prise en charge des personnes dépendantes en Suisse : Rapport final. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé, 222).

Remerciements :

A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation.

Date d'édition :

Juin 2014

Table des matières

Résumé.....	7
Conclusions.....	8
Recommandations.....	11
Zusammenfassung.....	14
Schlussfolgerungen.....	15
Empfehlungen.....	18
1 Introduction.....	23
2 Synthèse de la revue de la littérature.....	29
2.1 Objectifs de la revue de littérature.....	31
2.2 Méthodologie de la revue de littérature.....	31
2.3 Analyses des besoins par problème.....	32
2.3.1 Tabac.....	33
2.3.2 Alcool.....	33
2.3.3 Héroïne.....	34
2.3.4 Cocaïne.....	35
2.3.5 Prise en charge sociale des personnes toxicodépendantes.....	35
2.3.6 Cannabis.....	36
2.3.7 Jeux d'argent et de hasard & Internet.....	36
2.3.8 Autres.....	37
2.4 Analyses de données secondaires.....	37
2.4.1 Act-info.....	37
2.4.2 Enquête clientèle bas seuil.....	38
2.5 Typologie de l'offre.....	39
3 Interviews d'experts.....	43
3.1 Contexte.....	46
3.2 Consommation problématique et addictions.....	46
3.3 Populations concernées.....	48
3.4 Services.....	49
3.5 Modèles de prise en charge.....	51
3.6 Continuité des soins et travail en réseau.....	53
3.7 Formation.....	54
4 Questionnaire Internet.....	55
4.1 Résultats du questionnaire Internet.....	57
5 Workshops d'experts.....	61
5.1 Méthode.....	63
5.2 Pistes de réflexions.....	64
6 Résultats du panel de validation.....	67
6.1 Populations concernées.....	69
6.2 Services et modèles de prise en charge.....	71
6.3 Formation.....	74

7	Conclusions et recommandations.....	77
7.1	Conclusions.....	79
7.2	Recommandations.....	82
8	Références.....	87
9	Annexes.....	91
9.1	Offres de prise en charge dans le domaine de l’addiction sans substance, Suisse romande + Bâle, Berne & Zurich.....	93
9.2	Dispositifs de soins pour les personnes dépendantes à Internet.....	94
9.3	Liste d’experts.....	96
9.4	Grille d’entretien pour les interviews d’experts.....	97
9.5	Les courriers électroniques, version française.....	98
9.5.1	Le mail de demande de participation.....	98
9.5.2	Le premier rappel.....	98
9.5.3	Le second rappel.....	99
9.6	Die E-Mails, deutsche Version.....	100
9.6.1	Die Einladung.....	100
9.6.2	Die erste Erinnerung.....	100
9.6.3	Die zweite Erinnerung.....	101
9.7	Liste des participants aux workshops d’experts.....	102
9.8	Ordre du jour des workshops d’experts.....	102
9.9	Personnes invitées au panel de validation.....	103
9.10	Tableaux de synthèse.....	103
9.10.1	Populations concernées.....	104
9.10.2	Services et modèles de prise en charg.....	105
9.10.3	Formations.....	106
9.11	Sites Internet consultés.....	106

Liste des tableaux

Tableau 1	Consommation problématique et addictions.....	46
Tableau 2	Populations concernées.....	48
Tableau 3	Services	49
Tableau 4	Modèles de prise en charge	51
Tableau 5	Continuité des soins et travail en réseau	53
Tableau 6	Formation	54
Tableau 7	Offres de prise en charge dans le domaine de l’addiction sans substance, Suisse romande + Bâle, Berne & Zurich.....	93
Tableau 8	Dispositifs de soins pour les personnes dépendantes à Internet.....	94
Tableau 9	Liste d’experts.....	96
Tableau 10	Grille d’entretien pour les interviews d’experts.....	97
Tableau 11	Populations concernées.....	104
Tableau 12	Services et modèles de prise en charge	105
Tableau 13	Formations.....	106
Tableau 14	Sites Internet consultés	106

Liste des figures

Figure 1	Typologie de l’offre pour la prise en charge, le traitement et la réduction des risques dans le domaine des addictions.....	41
----------	---	----

Résumé

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté deux groupes de recherche pour analyser les besoins de la prise en charge des personnes dépendantes en Suisse : l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et Addiction Suisse de Lausanne.

Plus précisément, le but de cette étude est d'explorer et de définir – par une analyse des besoins – si l'offre actuelle en services dans le domaine des addictions est encore adaptée à la situation épidémiologique actuelle des addictions, à l'évolution des types de comportements liés à la dépendance et aux besoins des clients.

Il s'agit en particulier de répondre aux questions suivantes:

- Existe-t-il actuellement des besoins en traitement pour lesquels il n'existe aucune offre appropriée ?
- Quels groupes ne sont pas ou sont insuffisamment atteints par l'offre existante?
- A quels genres de problèmes liés à la dépendance et à quels nouveaux besoins des clients les structures œuvrant dans le domaine de la dépendance sont –elles confrontées?
- Quels sont les besoins d'adaptation du système de prise en charge nécessaires concernant soit les groupes-cibles de services, soit les types d'offres - en particulier le besoin en nouveaux concepts/modèles de prise en charge pour répondre à l'évolution des besoins?
- Comment ces structures font-elles face à l'accroissement de l'usage de multiples substances (multi-consommation)?

Dans le but d'aborder cette analyse des besoins et, donc, de pouvoir répondre de la manière la plus exhaustive possible aux questions posées ci-dessus, nous avons utilisé plusieurs approches complémentaires. Ces différentes approches se rapportent à des cadres de référence variés.

Pour réaliser cette étude, nous avons combiné différentes méthodes pour faire ressortir les besoins, c'est-à-dire une revue de la littérature et une analyse des données secondaire (Module 1), des interviews d'experts (Module 2), un questionnaire Internet (Module 3), deux workshops avec des spécialistes du domaine (Module 4), ainsi qu'un panel de validation des résultats intermédiaires (Module 5). Malgré l'approche méthodologique quasi exhaustive retenue dans le cadre de cette analyse des besoins, il est tout à fait possible que certaines informations nous aient échappées.

Conclusions

La mise en commun des résultats de ces différents modules permet de répondre aux questions de départ posées par l'OFSP :

- 1) Existe-t-il actuellement des besoins en traitement pour lesquels il n'existe aucune offre appropriée?

La réponse à cette question est négative. Tous les experts s'accordent à dire que le territoire suisse est relativement bien couvert et que rares sont les personnes qui passent entre les mailles du filet. De manière générale, les jeunes qui posent problème tombent un peu entre 2 systèmes. Ils ne sont pas adaptés pour le système « Sucht » parce qu'il concerne les gens plus âgés pour lesquels la socialisation est différente, et, dans les institutions « normales », leur prise en charge est inadéquate parce qu'ils posent des problèmes auxquels l'institution n'arrive à répondre que par l'exclusion. Il ne sert à rien de réinventer la roue, mieux vaut l'adapter à la situation existante. Certains « phénomènes » voient leur importance augmenter, notamment l'augmentation des demandes de prises en charge pour une dépendance à Internet^a, le vieillissement de la population des personnes dépendantes et l'évolution des consommateurs de cocaïne

Des questions quant à leur intégration dans le système se posent. Par exemple, en ce qui concerne les addictions sans substance, une offre de prévention importante existe, sur Internet notamment, mais il y a encore un manque de structures adéquates, surtout dans la mesure où les personnes concernées ne se reconnaissent pas dans la prise en charge « classique ».

- 2) Quels groupes ne sont pas ou sont insuffisamment atteints par l'offre existante? Certaines populations restent plus fragiles et méritent une amélioration des offres les concernant :

- Les jeunes et les très jeunes : En ce qui concerne cette population, il convient, peut-être, plus que pour toute autre population, de faire la différence entre dépendance et consommation à risque. En effet, le passage à l'adolescence, puis à la vie adulte, est une période d'importants changements marquée par une volonté d'expérimentation. Il n'en reste pas moins que certains commencent à consommer (très) tôt. La prévention/promotion de la santé visant cette population doit être améliorée, car il a été mentionné le peu de pertinence des interventions préventives actuelles.
- Les personnes âgées : cette population peut se séparer en deux groupes. D'une part, il faut mieux prendre en charge les personnes âgées qui développent une consommation problématique. Cette prise en charge devrait se faire de manière prioritaire par les médecins de famille.
D'autre part, les personnes dépendantes vieillissantes ont besoin de prise en charge de type EMS assez lourde, car elles développent d'importantes polymorbidités somatiques et psychiatriques, souvent cumulées avec une désinsertion sociale.

^a Même si ce phénomène est encore marginal et peu connu, il n'en demeure qu'il suscite des inquiétudes

- Les familles : (Trop) souvent, les familles ou les proches ne sont pas intégrés dans les systèmes de prises en charge des personnes dépendantes et ce quel que soit leur âge . Une meilleure compréhension de la dépendance par l'entourage de la personne permet à cette dernière d'être mieux soutenue.
 - Les migrants : comme souvent les migrants ne connaissent pas bien le système en place pour différentes raisons liées à la compréhension de la langue et/ou à l'accès à l'information, ils arrivent dans le système par la porte des urgences et souvent dans des périodes de grandes crises. Une meilleure prise en charge passe aussi par une meilleure compréhension mutuelle.
 - Les personnes fortement désinsérées socialement : cette population est une des populations les moins bien desservies, car elle est considérée comme difficile. Elle peut être prise en charge dans des centres à très bas seuil d'accès.
 - Les consommateurs de cocaïne : c'est une population qu'on ne connaît pas bien. En particulier, une partie des consommateurs de cocaïne ne vient pas de la scène traditionnelle, mais fréquente plutôt le milieu festif et est plutôt bien intégrée. Parmi ceux-ci certaines personnes socialement bien intégrées ont des consommations problématiques qui ne bénéficient pas d'une prise en charge adéquate. C'est donc une population plus difficile à atteindre, pour laquelle des approches disponibles sur internet devraient encore être renforcées.
- 3) A quels genres de problèmes liés à la dépendance et à quels nouveaux besoins des clients les structures œuvrant dans le domaine de la dépendance sont-elles confrontées?
- Les poly consommations
 - Les comorbidités psychiatriques
 - Les personnes fortement désinsérées socialement : comme nous l'avons mentionné, c'est une population difficile d'accès. De plus ce sont souvent des cas lourds. Le développement de structures à très bas seuil d'accès avec consommation contrôlée pourrait servir de porte d'accès vers une prise en charge plus « lourde ».
 - Les populations pour lesquelles on manque de données, donc d'informations : Il faut des recherches sur les consommateurs de cocaïne qui sont insérés et sur les détenus. En effet, pour pouvoir donner de véritables pistes d'amélioration, il faut d'abord connaître les populations.
- 4) Quels sont les besoins d'adaptation du système de prise en charge nécessaires concernant soit les groupes-cibles de services, soit les types d'offres - en particulier le besoin en nouveaux concepts/modèles de prise en charge pour répondre à l'évolution des besoins?
- Les structures ordinaires dans lesquels des professionnels ponctuellement concernés par les addictions doivent être sensibilisés aux thématiques des addictions.

^b C'est-à-dire les enfants de parents dépendants et les parents d'enfants dépendants, quel soit l'âge des uns et des autres

- Le domaine social spécialisé: des offres dans ce domaine (logement, travail, aides au désendettement, ...), mais surtout des informations les concernant, sont prioritaires. Un des problèmes souvent mentionnés est celui de l'accès au marché du travail, car ce dernier permet notamment d'améliorer l'estime de soi et de structurer les journées. L'accès (et la remise) au travail n'étant pas toujours possible, l'accueil de jour et l'occupationnel deviennent d'importantes mesures de réinsertion sociale.
- L'approche en réseau : on peut voir cette approche de deux manières complémentaires. D'un côté, on regarde le système dans son ensemble et on tente de créer des liens entre les prises en charge des différentes substances et entre les différentes « places » (bas-seuil, ambulatoire, résidentiel). A l'extrême on tend vers un modèle de guichet unique. D'un autre côté, l'approche en réseau considère le point de vue de l'individu et correspond à un modèle de type case management ou référent. Dans ce type de modèle, on prend en charge l'utilisateur et on le guide dans le système. Ce type de modèle semble très utile pour la prise en charge des cas difficiles, car il permet d'éviter de renvoyer l'utilisateur d'un service à l'autre. Mais c'est un modèle qui prend du temps et qui coûte cher en ressources.
- Pour fonctionner correctement, le système a besoin d'un financement adéquat, puisque la prise en charge coûte en termes de postes de travail et de structures. Donc, plutôt qu'augmenter le financement, il faudrait, dans un premier temps, veiller à ne pas le diminuer et travailler sur les modèles de financement pour faciliter le décloisonnement entre les divers types de prise en charge et les différents systèmes spécifiques.
- La place des médecins de manière générale et principalement les médecins de famille doit être renforcée. Il faut donner plus d'importance au médecin de famille dans la prise en charge, notamment dans la prescription de méthadone et, éventuellement, d'héroïne, car c'est lui qui souvent connaît le mieux l'état de santé et les problèmes de la personne. Ils doivent être mieux formés et il faut pouvoir assurer la relève ; parfois la nouvelle génération supporte moins la prise en charge d'une population dépendante jugée parfois comme difficile.

5) Comment ces structures font-elles face à l'accroissement de l'usage de multiples substances (multi-consommation)?

Tant les structures, que les experts et les spécialistes du domaine ont mis en avant le problème de la multiconsommation comme étant prioritaire, d'autant plus qu'il a souvent été fait mention d'une prise en charge lacunaire de ces personnes poly consommatrices. A défaut d'informations sur les solutions apportées par les structures, il est possible ici de développer des pistes de réflexion. Il est nécessaire d'abandonner la distinction drogue légale/illégale dans la prise en charge des addictions et de viser/poursuivre une approche globale de la dépendance.

Il faut encore mentionner ici le problème de l'accès à un système de prise en charge des dépendances pour les détenus. Peu de données sont à disposition concernant cette population. Selon les guidelines de l'OMS, il faudrait, dans la mesure du possible, viser l'équivalence entre le milieu carcéral et l'extérieur. Si la situation dans le domaine de l'exécution des peines semble

^c Comme ces offres existent déjà, une meilleure information les concernant est nécessaire.

relativement bonne, il n'en va pas de même de celle de la préventive, où la situation peut être qualifiée au mieux de lacunaire. En résumé, c'est encore un gros chantier.

De manière générale, une approche en réseau et décloisonnée du système de prise en charge est souhaitable, dans la mesure où elle permet de réunir autour d'une table les principaux acteurs et de développer des approches transversales, à savoir créer des passerelles entre différentes offres qui se marient de manière insuffisante, à savoir la collaboration entre le socio-éducatif, le médical et le psychiatrique, ainsi qu'entre le bas-seuil, l'ambulatoire et résidentiel. On pourrait (devrait) même aller plus loin en développant des modèles de guichet unique, à savoir qu'une seule porte d'accès au système de prise en charge existe quel que soit le problème, à l'image de ce qui se fait en Valais. L'impulsion de l'Etat (cantons/Confédération) est néanmoins nécessaire pour changer des modèles de prise en charge parfois arc-boutés sur leurs acquis.

Recommandations

Au niveau politique et financier, il est nécessaire d'abandonner la distinction drogue légale/illégale dans la prise en charge des addictions et de viser/poursuivre une approche globale de la dépendance. L'OFSP devrait développer un concept de politique globale « Addictions ». Plus précisément, ce concept servirait de base à l'élaboration de lignes directrices visant un décloisonnement des politiques de prise en charge et de prévention dans le domaine de la dépendance.

Ce qui doit être amélioré dans ce domaine (et qui est en voie de l'être), ce sont tous ces ponts, ces passerelles à faire entre les différentes offres qui ne se marient pas encore, à savoir la collaboration entre le socio-éducatif, le médical et le psychiatrique, ainsi qu'entre l'ambulatoire et le résidentiel. Il faudrait également renforcer les compétences des professionnels ponctuellement concernés par le thème des addictions et qui travaillent dans les structures ordinaires. L'importance de l'approche en réseau est connue depuis longtemps, mais il semble qu'à l'exemple du canton de Vaud avec la mise sur pied des différents dispositifs d'indication, l'impulsion de l'Etat est nécessaire pour forcer les gens à travailler ensemble et à adhérer à un projet.

Pour lancer ce projet, une première étape consisterait à faire l'inventaire, dans la mesure du possible, de l'ensemble des expériences cantonales et/ou communales de « politique des addictions ». La mise sur pied d'une journée de réflexion portant sur ces différentes expériences et réunissant les principaux acteurs clés semble nécessaire. L'OFSP, par exemple par le biais d'Infodrog, pourrait organiser cette journée nationale d'échanges.

Les organisations faïtières qui travaillent déjà soit sous la forme de groupes de travail pour le FVS ou par le biais de plateformes pour le GREA, jouent un rôle central dans la circulation de l'information en ayant un lien proche du terrain. Le renforcement de la collaboration et de la coordination entre le FVS et le GREA devrait encore être développé. De plus, l'articulation de ces

différentes organisations (FVS, GREA, mais aussi Ticino Addiction^d) avec l'OFSP est peu claire. Un effort d'amélioration, dans le sens de plus de transparence, est à prévoir.

Au niveau politique, la prévention/promotion de la santé mériterait d'être repensée et améliorée, notamment celle visant les jeunes. En effet, les interventions préventives actuelles sont peu pertinentes et ont un coût élevé en regard des résultats.

En ce qui concerne le financement, plutôt qu'augmenter le financement, il faudrait, dans un premier temps, veiller à ne pas le diminuer. Au niveau cantonal, les différents services concernés pourraient se réunir et voir dans quelle mesure des doublons existent et, en fonction, améliorer la circulation des flux financiers. Dans le but de faciliter le décroisement des types de prise en charge et de substances, il faudrait travailler sur les modèles de financement, en comparant par exemple, ce qui se fait actuellement dans tous les cantons et quels sont les modèles de financement les plus appropriés, à l'exemple de ce qui a déjà été entrepris dans le cadre du financement des traitements résidentiels¹.

Au niveau des populations concernées, la prise en charge de type EMS pour des personnes dépendantes vieillissantes doit être développée, surtout que cette prise en charge est souvent lourde car elles développent d'importantes polymorbidités somatiques et psychiatriques, souvent cumulée avec une désinsertion sociale.

La place des (très) jeunes dans le système devrait être repensée dans le sens d'une amélioration de leur prise en charge dans des suivis et des traitements plus « youth friendly ». En effet, les jeunes dépendants se retrouvent dans un système fait pour des personnes plus âgées pour lesquels la socialisation est différente et dont la prise en charge est forcément inadéquate.

(Trop) souvent, les familles ou les proches ne sont pas intégrés dans les systèmes de prises en charge des personnes dépendantes et ce quel que soit leur âge. Une meilleure compréhension de la dépendance par l'entourage de la personne permet à cette dernière d'être mieux soutenue.

Les consommateurs de cocaïne forment une population encore peu connue, surtout les consommateurs qui ne viennent pas de la scène de la drogue (moins de problèmes avec d'autres substances, très rarement sans formation, généralement en emploi, peu d'expérience de prise en charge antérieure, augmentation de la consommation festive et peu marginalisés). Comme il n'y a pas de prise en charge structurée de cette population, il faut promouvoir notamment le développement de plateformes Internet, car elles permettent d'atteindre cette population, ainsi que les autres approches plus classiques.

Au niveau des services et modèles de prise en charge, la première priorité est le développement de l'approche en réseau, à savoir toutes les passerelles entre les différentes offres qui coexistent sans vraiment se rencontrer, à savoir la collaboration entre le socio-éducatif, le médical et le psychiatrique, ainsi qu'entre l'ambulatoire et résidentiel. De plus, les experts trouvent qu'une approche basée sur une plateforme d'échanges pour les « cas lourds » avec la présence de la personne concernée est intéressante, approche encore peu connue en Suisse. Ce type particulier de modèle de « case management » mérite une meilleure visibilité.

^d <http://www.ticinoaddiction.ch>

L'impulsion de l'Etat est nécessaire pour inciter les gens à travailler ensemble et à adhérer à un projet. Il serait donc intéressant de favoriser l'échange d'expériences et de modèles de « case management et de prise en charge des « cas lourds » qui sont utilisés dans certains cantons ou villes. Ces échanges d'expériences pourraient être réalisés soit sous le leadership de l'OFSP ou d'Infodrog, soit au niveau régional par le FVS et le GREA. De même une journée nationale d'échange sur les systèmes d'indication qui sont à ce jour essentiellement développés en Suisse romande serait utile.

La prise en charge sociale (travail, logement, ...) doit être améliorée, notamment les collaborations avec les personnes non expertes du domaine des addictions (AI, ORP, CMS...) ^e. Le travail permet l'amélioration de l'estime de soi et favorise la socialisation. Il faut donc que l'accueil de jour et l'occupationnel deviennent d'importantes mesures de réinsertion sociale, l'accès (et la remise) au travail n'étant pas toujours possible.

Le développement de plateformes Internet permet non seulement d'atteindre certaines populations qui n'utilisent pas la prise en charge « traditionnelle », mais aussi de développer des modèles de prévention, comme le montre les sites www.stop-tabac.ch ou www.stop-cannabis.ch par exemple, et de mettre en place des thérapies « guided self-based » ^f qui semblent efficace dans la prise en charge de consommateurs de cocaïne par exemple ³.

Le modèle du recours aux infirmiers de pratique avancée pour décharger les médecins est un modèle alternatif à développer en priorité, car il permet de décharger les médecins dans différents domaines, comme le suivi des traitements au long court de type substitution par exemple, le triage, l'éducation thérapeutique, voire même la réduction des risques. Lié au développement de ce type de modèle, celui du recours aux médecins de famille doit aussi être mis en avant et fortement développé, notamment dans les traitements de substitution, car c'est lui qui souvent connaît le mieux l'état de santé et les problèmes de la personne. De plus, de part sa position, le médecin de famille peut aussi prendre en charge d'autres problématiques liées à la dépendance (alcool, tabac, jeux, ...).

Au niveau des formations, non seulement les médecins qu'ils soient spécialisés ou médecins de famille doivent être mieux formés, car il faut pouvoir assurer la relève, mais aussi les assistantes médicales, le personnel Spitex et/ou les assistants en pharmacie, car ils peuvent prendre en charge certaines tâches d'éducation thérapeutique pour soulager les médecins.

De manière générale, l'amélioration de la formation de base dans le domaine de la dépendance de tous les personnels médicaux, sociaux, éducatifs est une priorité.

Il faut enfin améliorer les connaissances de la population générale, ce qui permettrait une meilleure compréhension de la dépendance.

^e Cette forme de collaboration, développée en Valais notamment, a été lancée dans le cadre de l'approche de collaboration interinstitutionnelle (CII) qui a été lancée au niveau national en 2000, suivi par le projet CII-MAMAC (« Medizinisch-arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management) développé en 2005.

^f La notion de « guided self-help » peut se définir comme une utilisation d'Internet pour partager de l'information dans le sens où le partage d'information est complété par de l'échange de contenu, avec le soutien régulier d'un thérapeute ².

Zusammenfassung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat zwei Forschungsgruppen damit beauftragt, eine Bedarfsanalyse zu den Behandlungsangeboten für abhängige Personen in der Schweiz durchzuführen: Die *Unité d'évaluation de programmes de prévention* (UEPP) des *Institut universitaire de médecine sociale et préventive* (IUMSP) des *Centre Hospitalier Universitaire Vaudois* (CHUV) in Lausanne und Sucht Schweiz in Lausanne.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, anhand einer Bedarfsanalyse zu untersuchen und zu bestimmen, ob das bestehende Leistungsangebot im Suchtbereich der aktuellen epidemiologischen Situation, der Entwicklung der verschiedenen Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Abhängigkeit und dem Bedarf der KlientInnen entspricht.

Es geht insbesondere darum, die folgenden Fragen zu beantworten:

- Besteht derzeit ein Bedarf nach Behandlungsleistungen, für die es keine passenden Angebote gibt?
- Welche Populationen werden mit dem bestehenden Angebot nicht oder nur unzureichend erreicht?
- Mit welchen neuen Problemen im Zusammenhang mit der Sucht und mit welchen neuen Bedürfnissen der KlientInnen werden die im Suchtbereich tätigen Strukturen konfrontiert?
- Welche Anpassungen sind im Behandlungssystem in Bezug auf die Zielgruppen oder die verschiedenen Angebote notwendig? Besteht insbesondere ein Bedarf nach neuen Behandlungskonzepten/-modellen, um den sich verändernden Bedürfnissen gerecht zu werden?
- Wie reagieren die im Suchtbereich tätigen Strukturen auf die Zunahme des Mischkonsums?

Für diese Bedarfsanalyse und um insbesondere die obigen Fragen möglichst vollständig beantworten zu können, haben wir mehrere komplementäre Ansätze verwendet. Diese verschiedenen Ansätze beziehen sich auf unterschiedliche Referenzrahmen.

Für diese Studie haben wir verschiedene Methoden miteinander kombiniert, um die Bedürfnisse herauszuarbeiten: eine Literaturübersicht und eine Sekundäranalyse von Daten (Modul 1), Interviews mit ExpertInnen (Modul 2), eine Online-Befragung (Module 3), zwei Workshops mit Fachleuten auf dem Gebiet (Modul 4) und ein Panel zur Validierung der vorläufigen Ergebnisse (Modul 5). Obwohl der methodologische Ansatz dieser Bedarfsanalyse einen beinahe vollständigen Überblick erlaubt, ist es durchaus möglich, dass wir einige Informationen übersehen haben.

Schlussfolgerungen

Die Zusammenführung der Ergebnisse aus den verschiedenen Modulen erlaubt es, die vom BAG gestellten Fragen zu beantworten:

- 1) Besteht derzeit ein Bedarf nach Behandlungsleistungen, für die es keine passenden Angebote gibt?

Diese Frage kann mit "Nein" beantwortet werden. Die ExpertInnen sind sich einig, dass die Schweiz relativ gut abgedeckt ist und nur wenige Personen durch die Maschen des Netzes fallen. Generell fallen junge Menschen, die Probleme verursachen, ein wenig zwischen 2 Systeme. Für das "Sucht"-System sind sie nicht geeignet, weil dieses für ältere Personen mit einer anderen Sozialisierung gedacht ist. In den "normalen" Einrichtungen ist ihre Betreuung wiederum inadäquat, weil sie Probleme verursachen, auf welche die Einrichtung nur mit einem Ausschluss reagieren kann. Es bringt nichts, das Rad neu erfinden zu wollen – vielmehr sollte versucht werden, das System an die bestehende Situation anzupassen. Einige "Phänomene" werden sicherlich an Bedeutung gewinnen, insbesondere wird es eine grössere Nachfrage nach Behandlungsangeboten für Onlinesucht⁹ geben, die Population der Abhängigen wird älter und die Gruppe der Kokainkonsumierenden verändert sich. Es stellt sich die Frage, wie diese Phänomene in das bestehende System integriert werden können. So gibt es beispielsweise für substanzungebundene Süchte ein umfassendes Präventionsangebot (vor allem im Internet), es fehlt jedoch an passenden Strukturen, vor allem, weil sich die betroffenen Personen sich in den "klassischen" Behandlungsangeboten nicht zurechtfinden.

- 2) Welche Populationen werden mit dem bestehenden Angebot nicht oder nur unzureichend erreicht?

Einige Bevölkerungsgruppen sind weiterhin gefährdeter und bedürfen einer Verbesserung der auf sie abzielenden Angebote:

- Junge und sehr junge Menschen: Bei dieser Bevölkerungsgruppe muss – wahrscheinlich mehr als bei jeder anderen Population – zwischen Abhängigkeit und Risikokonsum unterschieden werden. Der Übergang zur Adoleszenz und später zum Erwachsenenleben ist eine Zeit der wichtigen Veränderungen, die sich durch eine Lust am Experimentieren auszeichnet. Nichtsdestotrotz beginnen einige Jugendliche (sehr) früh mit dem Konsum. Die Prävention/Gesundheitsförderung muss für diese Bevölkerungsgruppe verbessert werden, denn es wurde darauf hingewiesen, dass die aktuellen Präventionsmassnahmen nur wenig effizient sind.
- Ältere Personen: Diese Bevölkerungsgruppe kann in zwei Gruppen eingeteilt werden. Einerseits müssen die älteren Personen besser betreut werden, die einen problematischen Konsum entwickeln. Hier ist vorrangig eine Betreuung durch die HausärztInnen gefragt. Andererseits hat die alternde Kohorte von abhängigen Personen einen ziemlich grossen

⁹ Auch wenn dieses Phänomen noch marginal und relativ unbekannt ist, so gibt es dennoch Anlass zur Beunruhigung

Bedarf an einer Betreuung im Sinne eines Alterspflegeheims, da sie häufig beträchtliche somatische und psychiatrische Mehrfacherkrankungen aufweisen und zusätzlich oft sozial ausgegrenzt sind.

- Familien: (Allzu) häufig werden die Familien oder die Angehörigen – unabhängig von ihrem Alter – nicht in die Suchthilfesysteme für abhängige Menschen einbezogen^h. Indem das Umfeld der Person ein besseres Verständnis für die Abhängigkeit entwickelt, kann diese besser unterstützt werden.
 - Personen mit Migrationshintergrund: Häufig wissen Personen mit Migrationshintergrund nur unzureichend über das existierende System Bescheid. Dies ist auf mehrere Gründe zurückzuführen: Sie verstehen die Sprache nicht und/oder wissen nicht, wie sie Zugang zu Informationen erhalten, sie finden erst über die Notfallaufnahmen Eingang ins System und dies häufig in Zeiten akuter Krisen. Eine bessere Betreuung bedingt auch ein besseres gegenseitiges Verständnis.
 - Sozial sehr schlecht integrierte Menschen: Diese Bevölkerungsgruppe gehört derzeit zu den am schlechtesten abgedeckten Gruppen, denn sie gilt als schwierig. Diese Menschen können in Einrichtungen mit sehr niederschweligen Angeboten betreut werden.
 - Kokainkonsumierende: Über diese Bevölkerungsgruppe ist derzeit nur wenig bekannt. Insbesondere kommt ein Teil der Kokainkonsumierenden nicht aus der traditionellen Szene, sondern verkehrt eher im Partymilieu und ist sozial ziemlich gut integriert. Einige dieser sozial gut integrierten Personen weisen einen problematischen Konsum auf und werden nicht adäquat betreut. Es handelt sich demnach um eine Bevölkerungsgruppe, die schwieriger zu erreichen ist und für die die zur Verfügung stehenden Online-Angebote noch ausgebaut werden müssen.
- 3) Mit welchen neuen Problemen im Zusammenhang mit der Sucht und mit welchen neuen Bedürfnissen der KlientInnen werden die im Suchtbereich tätigen Strukturen konfrontiert?
- Mischkonsum
 - Psychiatrische Begleiterkrankungen
 - Sozial sehr schlecht integrierte Menschen: Wie bereits erwähnt, ist diese Bevölkerungsgruppe nur schlecht zu erreichen. Zudem handelt es sich oft um schwere Fälle. Die Entwicklung von sehr niederschweligen Strukturen mit einem kontrollierten Konsum könnte den Weg zu einer umfassenderen Betreuung öffnen.
 - Bevölkerungsgruppen, über die keine Daten bzw. Informationen verfügbar sind: Es besteht ein Bedarf nach Studien über die Kokainkonsumierenden, die sozial integriert sind sowie über die Gefängnisinsassen. Damit Verbesserungsvorschläge gemacht werden können, braucht es zuerst eine bessere Kenntnis der Populationen.

^h D.h. Kinder von abhängigen Eltern und Eltern von abhängigen Kindern, unabhängig von deren jeweiligem Alter

- 4) Welche Anpassungen sind im Behandlungssystem in Bezug auf die Zielgruppen oder die verschiedenen Angebote notwendig? Besteht insbesondere ein Bedarf nach neuen Behandlungskonzepten/-modellen, um den sich verändernden Bedürfnissen gerecht zu werden?
- In den Regelstrukturen: Die Fachpersonen, die nur punktuell mit Abhängigkeiten zu tun haben, müssen auf die Themenbereiche der Abhängigkeiten sensibilisiert werden.
 - Im spezialisierten sozialen Bereich: In diesem Bereich haben Angebote (Wohnung, Arbeit, Entschuldungshilfe usw.), aber vor allem die diesbezüglichen Informationenⁱ Priorität. Ein häufig erwähntes Problem ist jenes des Zugangs auf den Arbeitsmarkt, da Arbeit insbesondere das Selbstwertgefühl stärkt und den Tagesablauf strukturiert. Da der Zugang zur Arbeit (und der Wiedereintritt in die Arbeitswelt) jedoch nicht immer möglich ist, spielen die Anlaufstellen und Beschäftigungsprogramme wichtige Rollen für die soziale Wiedereingliederung.
 - Vernetzung: Dieser Ansatz ist in zweierlei Hinsicht komplementär zu sehen. Auf der einen Seite wird das System als Ganzes betrachtet und versucht, Verbindungen zwischen den Behandlungsangeboten für unterschiedliche Substanzen sowie zwischen den verschiedenen Strukturen (niederschwellig, ambulant, stationär) herzustellen. Im äussersten Fall tendiert man in Richtung eines Modells des „Guichet Unique“. Auf der anderen Seite berücksichtigt der Ansatz der Vernetzung auch die Sichtweise des Individuums und entspricht dem Modell des Case Managements oder des Bezugs-Modells. Bei diesem Modell wird die Klientin oder der Klient betreut und durch das System geführt. Dieses Modell scheint in der Behandlung von schweren Fällen sehr nutzbringend zu sein, da vermieden wird, dass die KlientInnen von einer Stelle zur andern geschickt werden. Das Modell ist jedoch sehr zeit- und kostenintensiv.
 - Für eine reibungslose Funktionsweise des Systems sind angemessene finanzielle Mittel bereitzustellen, denn es ist sowohl in personeller als auch struktureller Hinsicht kostenintensiv. Zunächst ist jedoch dafür zu sorgen, dass das Budget nicht gekürzt wird – statt die finanziellen Mittel zu erhöhen. Deshalb gilt es, Finanzierungsmodelle zu entwickeln, um die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Behandlungsangeboten und den verschiedenen spezifischen Systemen zu fördern.
 - Die Position der ÄrztInnen allgemein und insbesondere der HausärztInnen ist zu stärken. So ist den HausärztInnen in der Behandlung mehr Bedeutung zuzumessen, insbesondere bei der Verschreibung von Methadon und gegebenenfalls von Heroin, denn sie wissen häufig besser Bescheid über den Gesundheitszustand und die Probleme der betreffenden Personen. Sie müssen besser geschult und die Nachfolge gewährleistet werden. Mitunter bekundet die junge Ärztegeneration mehr Mühe bei der Behandlung von Abhängigen, da diese bisweilen für schwierig gehalten werden.

ⁱ Da diese Angebote bereits existieren, ist eine bessere Informationen darüber notwendig.

- 5) Wie reagieren die im Suchtbereich tätigen Strukturen auf die Zunahme des Mischkonsums? Sowohl die Strukturen als auch die ExpertInnen und SpezialistInnen auf dem Gebiet haben auf den Mischkonsum als vorrangiges Problem hingewiesen, zumal oft erwähnt wurde, dass die Behandlung von Personen mit einem Mischkonsum unzulänglich sei. Mangels Informationen über Lösungen seitens der Strukturen scheint es sinnvoll, diesbezüglich Diskussionsvorschläge zu entwickeln. Es ist notwendig, in der Suchthilfe künftig nicht mehr zwischen legalen und illegalen Drogen zu unterscheiden und hinsichtlich der Abhängigkeit einen ganzheitlichen Ansatz anzustreben/zu verfolgen.

An dieser Stelle sei auch das Problem des Zugangs zum Suchthilfesystem von Gefängnisinsassen erwähnt. Es stehen nur wenige Daten über diese Bevölkerungsgruppe zur Verfügung. Gemäss den Richtlinien der WHO sollte innerhalb und ausserhalb des Gefängnisses ein gleichwertiges Suchthilfeangebot bestehen. Zwar scheint die Situation im Strafvollzug relativ gut zu sein, dies gilt jedoch nicht für die Untersuchungshaft, in diesem Bereich kann die Situation bestenfalls als lückenhaft bezeichnet werden. Insgesamt besteht hier noch grosser Handlungsbedarf.

Generell ist ein vernetztes und durchlässiges Suchthilfesystem anzustreben, denn dieses ermöglicht es, die Hauptakteure an einem Tisch zu versammeln und transversale Ansätze bzw. Übergänge zwischen verschiedenen Angeboten, die derzeit noch unzureichend kombiniert werden, zu entwickeln – beispielsweise die Zusammenarbeit zwischen den sozialpädagogischen, medizinischen und psychiatrischen Bereichen sowie zwischen den niederschweligen, ambulanten und stationären Angeboten. Man könnte (müsste) sogar noch weiter gehen und ein Modell eines sogenannten „Guichet Unique“ entwickeln, bei dem unabhängig vom Problem ein einziger Zugang zum Suchthilfesystem existiert (wie dies im Wallis der Fall ist). Nichtsdestotrotz braucht es staatliche Impulse (Kantone/Bund), um die mitunter auf ihren Lorbeeren ausruhenden Behandlungsmodelle zu verändern.

Empfehlungen

Auf der politischen und finanziellen Ebene ist die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen in der Suchthilfe aufzugeben und hinsichtlich der Abhängigkeit ein ganzheitlicher Ansatz anzustreben/zu verfolgen. Das BAG sollte ein globales politisches Konzept «Abhängigkeiten» entwickeln. Dieses Konzept dient anschliessend als Grundlage für die Erarbeitung von Richtlinien, welche wiederum auf eine Öffnung der verschiedenen politischen Ansätze im Bereich der Behandlung und Prävention im Suchtbereich abzielen.

Hinsichtlich des Verbesserungspotenzials in diesem Bereich (woran derzeit auch gearbeitet wird) sind sämtliche Verbindungen und Übergänge zu nennen, die zwischen den verschiedenen, noch unzureichend verbundenen Angeboten geschaffen werden müssen bzw. die Zusammenarbeit zwischen den sozialpädagogischen, medizinischen und psychiatrischen Bereichen sowie zwischen den ambulanten und stationären Angeboten. Zudem gilt es, die fachlichen Kompetenzen der punktuell von diesem Thema betroffenen, in den Regelstrukturen arbeitenden Fachpersonen zu verbessern. Die Wichtigkeit der Vernetzung ist seit langem bekannt. Wie das Beispiel der Einführung verschiedener Indikationsdispositive im Kanton Waadt zeigt, scheinen jedoch

staatliche Impulse nötig zu sein, um die Leute dazu zu bringen, zusammen zu arbeiten und gemeinsam ein Projekt zu verfolgen.

Eine erste Etappe bei der Lancierung dieses Projekt besteht darin, soweit als möglich ein Inventar der Suchtpolitik der Kantone und/oder von Gemeinden zu machen. Hierfür wäre die Durchführung einer Tagung sinnvoll, bei der die wichtigsten Akteure sich über die verschiedenen kantonalen und kommunalen Erfahrungen austauschen können. Das BAG könnte diese nationale Tagung beispielsweise via Infodrog organisieren.

Die Dachorganisationen, die entweder bereits in Form von Arbeitsgruppen für den Fachverband Sucht oder über Plattformen für die GREA arbeiten, spielen eine zentrale Rolle im Informationsfluss, da sie direkten Kontakt zum Terrain haben. Künftig ist die Zusammenarbeit und die Koordination zwischen dem FVS und der GREA noch auszubauen. Ausserdem sind die Beziehungen dieser verschiedenen Organisationen (FVS, GREA, aber auch Ticino Addiction^j) zum BAG ziemlich unklar. Hier besteht Verbesserungsbedarf im Sinne von mehr Transparenz.

Auf der politischen Ebene sollte die Prävention/Gesundheitsförderung überdacht und verbessert werden, insbesondere jene, die auf die Jugendlichen abzielt. Die aktuellen Präventionsmassnahmen sind kaum zweckmässig und in Anbetracht ihrer Wirksamkeit sehr kostenintensiv.

Hinsichtlich der Finanzierung sollte in erster Linie – statt die finanziellen Mittel zu erhöhen – dafür gesorgt werden, dass die Budgets nicht gekürzt werden. Auf der kantonalen Ebene könnten die verschiedenen betroffenen Stellen gemeinsam überprüfen, inwieweit Doppelspurigkeiten bestehen und anschliessend entsprechende Anpassungen bei der Vergabe der finanziellen Mittel vornehmen. Mit dem Ziel, die Grenzen zwischen den verschiedenen Behandlungsangeboten und unterschiedlicher Substanzen aufzuheben, sind Finanzierungsmodelle auszuarbeiten, indem beispielsweise die Vorgehensweisen in sämtlichen Kantonen verglichen werden und die passendsten Finanzierungsmodelle bestimmt werden, wie dies beispielsweise im Rahmen der Finanzierung von stationären Behandlungen bereits getan wurde¹.

Auf der Ebene der betroffenen Bevölkerungsgruppen ist eine Betreuung im Sinne eines Alterspflegeheims für ältere Abhängige zu entwickeln, insbesondere weil sich deren Betreuung oftmals schwierig gestaltet, da sie häufig beträchtliche somatische und psychiatrische Mehrfacherkrankungen aufweisen und zusätzlich oft sozial ausgegrenzt sind.

Der Platz der (sehr) jungen Menschen im System sollte im Sinne einer besseren Betreuung in «jugendfreundlicheren» Behandlungsangeboten überdacht werden. Junge Abhängige finden sich oftmals in einem System wieder, das für ältere Personen mit einer anderen Sozialisierung gedacht ist – somit ist ihre Betreuung zwangsläufig unangemessen.

(Allzu) häufig werden die Familien oder die Angehörigen – unabhängig von ihrem Alter – nicht in die Suchthilfesysteme für abhängige Menschen einbezogen. Indem das Umfeld der Person ein besseres Verständnis für die Abhängigkeit entwickelt, kann diese besser unterstützt werden.

^j <http://www.ticinoaddiction.ch>

Die Kokainkonsumierenden bilden eine Population, über die derzeit nur wenig bekannt ist, insbesondere über die Konsumierenden, die nicht aus der Drogenszene stammen (sie haben weniger Probleme mit anderen Substanzen, sind nur selten ohne Ausbildung, haben in der Regel eine Arbeitsstelle und zuvor wenig Erfahrung mit dem Suchthilfesystem gemacht, konsumieren vermehrt im Partymilieu und sind wenig marginalisiert). Da es derzeit für diese Bevölkerungsgruppe kaum strukturierte Behandlungsangebote gibt und die Population nur schlecht erreichbar ist, empfiehlt sich nebst den "klassischen Ansätzen" auch die Entwicklung von Internetplattformen.

Auf der Ebene der Behandlungsangebote und -modelle gebührt der Entwicklung einer vernetzten Arbeitsweise erste Priorität – es sind Übergänge zwischen den verschiedenen Angeboten, die nebeneinander her existieren, ohne sich wirklich zu berühren, zu schaffen. Zudem ist die Zusammenarbeit zwischen den sozialpädagogischen, medizinischen und psychiatrischen Fachpersonen und Institutionen und zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen zu fördern. Die ExpertInnen erachten eine in der Schweiz noch wenig bekannte Methode für die sogenannten schweren Fälle als interessant, die auf einer Austauschplattform basiert, bei der auch die betroffene Person miteinbezogen wird. Dieses spezielle Modell des Case-Managements verdient noch mehr Aufmerksamkeit.

Staatliche Impulse erweisen sich als notwendig, um die Leute dazu zu bringen, zusammen zu arbeiten und gemeinsam ein Projekt zu verfolgen. Deshalb sollte der Austausch von Erfahrungen und von Case-Management- und Betreuungsmodellen für die sogenannten schweren Fälle, die in mehreren Kantonen und Städten verwendet werden, gefördert werden. Dieser Erfahrungsaustausch könnte unter der Leitung des BAG oder von Infodrog bzw. regional unter der Leitung des FVS und der GREA durchgeführt werden. Sinnvoll wäre des Weiteren ein nationaler Tag des Erfahrungsaustauschs über die Indikationsmodelle, die bisher vor allem in der französischsprachigen Schweiz entwickelt wurden.

Die soziale Betreuung (Arbeit, Wohnung usw.) muss verbessert werden, insbesondere die Zusammenarbeit mit den Fachleuten ausserhalb des Suchthilfesystems (IV, RAV,...)^k. Arbeit ist insbesondere wichtig für das Selbstwertgefühl und die soziale Eingliederung. Da der Zugang zur Arbeit (und der Wiedereintritt in die Arbeitswelt) jedoch nicht immer möglich ist, spielen die Anlaufstellen und Beschäftigungsprogramme wichtige Rollen bei der sozialen Wiedereingliederung.

Dank der Entwicklung von Internetplattformen können Bevölkerungsgruppen erreicht werden, welche von den herkömmlichen Behandlungsangeboten nicht abgedeckt werden. Zudem ermöglichen diese Plattformen auch die Entwicklung von Präventionsmodellen (Beispiele sind die

^k Diese Form der insbesondere im Wallis entwickelten Zusammenarbeit wurde im Rahmen der Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) im Jahr 2000 auf nationaler Ebene lanciert, gefolgt vom 2005 entwickelten Projekt IIZ-MAMAC (« Medizinisch-arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management »).

Websites www.stop-tabac.ch oder www.stop-cannabis.ch) und «Guided-self-help»-Therapien¹, die beispielsweise in der Behandlung von Kokainkonsumierenden wirksam zu sein scheinen.

Ein alternatives Modell dazu ist ebenfalls prioritär zu behandeln. Bei diesem Modell übernehmen erfahrene Pflegefachpersonen Aufgaben der ÄrztInnen, um diese in verschiedenen Bereichen zu entlasten: Bei der Überwachung von Substitutionstherapien beispielsweise, bei der Triage, der therapeutischen Aufklärung und sogar bei der Risikoreduktion. Parallel und im Zusammenhang mit der Entwicklung dieses Modells ist auch der Einbezug der HausärztInnen auszubauen, vor allem in der Substitutionstherapie, denn sie wissen häufig am besten Bescheid über den Gesundheitszustand und die Probleme der betreffenden Personen. Zudem kann die Hausärztin oder der Hausarzt auch andere suchtspezifische Problembereiche behandeln (Alkohol, Tabak, Spielsucht, ...).

Auf der Ausbildungsebene müssen nicht nur die FachärztInnen und HausärztInnen besser geschult werden, um die Nachfolge zu sichern, sondern auch die medizinischen AssistentInnen, das Spitex-Personal und/oder die Pharma-AssistentInnen, denn diese können zur Entlastung der ÄrztInnen einige Aufgaben der therapeutischen Aufklärung übernehmen.

Generell ist eine verbesserte Grundbildung im Suchtbereich beim gesamten medizinischen, sozialen und pädagogischen Fachpersonal prioritär zu behandeln.

Schlussendlich sollte auch der Kenntnisstand der Allgemeinbevölkerung verbessert werden, denn dies würde ein besseres Verständnis der Abhängigkeit bewirken

¹ Der Begriff "guided self-help" kann als Internetbenutzung zwecks Informationsaustauschs definiert werden. Dieser Informationsaustausch kann mit einem inhaltlichen Austausch und der regelmässigen Unterstützung einer Therapeutin oder eines Therapeuten ergänzt werden.

1

Introduction

1 Introduction

La politique des addictions n'est figée ni dans sa problématique, en ce sens qu'elle évolue en fonction des avancées scientifiques qui permettent de mieux la saisir et/ou des différentes substances consommées (ainsi que des différents modes de consommation), ni dans le temps, avec comme preuve notamment l'évolution de la politique de la drogue en Suisse^m. On constate donc que la situation de la consommation de substances psychoactives et de la dépendance a évolué ces dernières années, tant du point de vue de la consommation que dans le domaine de la prise en charge et des différentes populations.

En ce qui concerne la consommation, on observe une diminution de l'expérience (à vie) d'héroïne et un passage à une consommation par inhalation, une augmentation de la consommation de cocaïne et une diminution de la consommation de cannabis⁴. De plus, un mode de consommation d'alcool à risque se développe, chez les jeunes notamment ("binge drinking", ...) ⁵. On constate également une augmentation de la consommation simultanée de plusieurs substances (multi-consommation). Enfin, de nouvelles addictions sans substance (addiction au jeu, à internet) apparaissent et suscitent des demandes de prise en charge croissantes.

Des dépendances simultanées à plusieurs substances apparaissent⁶. De ce fait, la prise en charge des patients s'en trouve compliquée (sevrages multiples). Il faut également mentionner que, de manière générale, la prise en charge est caractérisée par un glissement du résidentiel vers l'ambulatoire, avec comme conséquences une diminution de la durée de séjour résidentiel et une diversification de l'offre.

A côté de la problématique des addictions sans substances encore peu reconnue, deux tendances semblent se dessiner: d'une part l'existence d'une population vieillissante d'anciens consommateurs d'héroïne dont la plupart sont au bénéfice d'un traitement de substitution⁷ et qui présentent une importante morbidité (double diagnostic, maladies chroniques de type hépatites, VIH, cancers, etc.) et d'autre part l'apparition de jeunes consommateurs ayant déjà un long parcours de consommation caractérisé par une multi-consommation et une importante désinsertion sociale⁸.

Dans ce contexte, la question de l'adéquation du système actuel de prise en charge des addictions se pose et ceci concerne les offres de traitements (en milieu résidentiel ou ambulatoire) et les offres de réduction des risques et des dommages, que ce soit dans le domaine des addictions aux drogues illégales, à l'alcool ou aux médicaments. La question d'une adaptation de ce système se pose également en regard de la LStup révisée qui prend maintenant en compte l'élargissement aux "troubles psychiques et comportementaux liés à l'addiction".

^m Au cours des 40 dernières années, dans le domaine de la politique des addictions, nous sommes passés en Suisse de la politique dites des trois piliers (prévention, traitement, répression) à celle du cube (prévention, traitement, réduction des risques et répression et prise en compte de la gravité des différents types de consommation).

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté deux groupes de recherche pour analyser les besoins de la prise en charge des personnes dépendantes en Suisse : l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et Addiction Suisse de Lausanne.

Une évaluation des besoins en offres de traitement dans le domaine de la consommation d'alcool a été menée récemment en Suisse⁹.

Plus précisément, le but de cette étude est d'explorer et de définir – par une analyse des besoins – si l'offre actuelle en services dans le domaine des addictions est encore adaptée à la situation épidémiologique actuelle des addictions, à l'évolution des types de comportements liés à la dépendance et aux besoins des clients.

Dans le cadre de l'étude, il s'agira de construire une typologie des différents types de clientèle ainsi que des offres de services (traitement ambulatoire, résidentiel et réduction des risques). Les lacunes en services devront être identifiées et des possibilités d'amélioration proposées.

- Il s'agira en particulier de répondre aux questions suivantes:
- Existe-t-il actuellement des besoins en traitement pour lesquels il n'existe aucune offre appropriée ?
- Quels groupes ne sont pas ou sont insuffisamment atteints par l'offre existante?
- A quels genres de problèmes liés à la dépendance et à quels nouveaux besoins des clients les structures œuvrant dans le domaine de la dépendance sont-elles confrontées?
- Quels sont les besoins d'adaptation du système de prise en charge nécessaires concernant soit les groupes-cibles de services, soit les types d'offres - en particulier le besoin en nouveaux concepts/modèles de prise en charge pour répondre à l'évolution des besoins?
- Comment ces structures font-elles face à l'accroissement de l'usage de multiples substances (multi-consommation)?

Dans le but d'aborder cette analyse des besoins et, donc, de pouvoir répondre de la manière la plus exhaustive possible aux questions posées ci-dessus, nous avons utilisé plusieurs approches complémentaires. Ces différentes approches se rapportent à des cadres de référence variés.

Le premier cadre de référence utilisé est celui, "classique" en Suisse, du cube tel que proposé par la Commission fédérale pour les affaires liées aux drogues¹⁰. Les besoins ont été examinés selon les 3 dimensions du cube: consommation-consommation à risque-dépendance, substances-comportements pouvant engendrer la dépendance, piliers (traitement, réduction des risques, prévention, répression).

Le second cadre de référence auquel nous nous rattachons est celui proposé par le rapport "Défi addictions"¹¹. Un aspect de ce cadre nous paraît particulièrement approprié: la vision plus "ouverte" et plus transversale des problèmes de consommation et de dépendance qu'il propose

(nouveaux modes de consommations, nouvelles substances, multi-consommations, abandon de la dichotomie entre substances légales et illégales dans les offres de prise en charge).

Le troisième cadre de référence qui nous guide est celui de la continuité des soins et du concept de travail en réseau autour du patient/client. L'offre et les besoins sont examinés aussi sous cet angle pour identifier des besoins et lacunes spécifiques.

Pour ce qui concerne la définition des besoins, la classification de Bradshaw¹² sert de référence. Cette classification distingue des besoins normatifs (définis par l'expert), des besoins ressentis (perception des gens sur leur santé ou ce qu'ils désirent comme services de santé), besoins exprimés (équivalent à la demande de soins), et besoins comparatifs (besoins déjà estimés dans une population comparable). Nous utilisons essentiellement le concept de demande et de besoin normatif (défini selon les experts). Ceci nous permet de mettre en lumière les lacunes, à savoir les besoins non couverts (mauvaise adéquation entre offre et demande).

En nous appuyant sur diverses sources d'informations mentionnées ci-dessous, nous avons donc extrapolés les besoins des personnes concernées. En effet, il n'existe pas d'associations d'usagers de drogues illégales en Suisse et les quelques études qui ont tenté de réunir des usagers pour des focus groupes se sont soldées par des échecs^{n 13} Cette étude s'est appuyée sur cinq approches complémentaires, chacune représentant un module:

- 1) Le module 1 consiste en une analyse ciblée de la littérature, principalement grise, sur le sujet en Suisse, couplée à une analyse secondaire ciblée des données d'act-info et de l'enquête de 2011 auprès des structures à bas-seuil. Cette approche nous a permis d'approcher les besoins déjà connus et d'analyser les profils de clientèle existants. De plus, une première typologie de l'offre existante en Suisse a été effectuée sur la base de l'inventaire d'Infodrog.
- 2) Pour le module 2, nous avons interviewé 23 d'experts, sur la base de la grille d'interviews fournie en annexe (Annexe 9.4). Comme le montre la liste des experts (Annexe 9.3), ces derniers proviennent des différents domaines des addictions (drogues légales et illégales, jeu, internet), des différents types d'offre (traitements, bas-seuil), des divers degrés de consommation et confrontés à divers degré dans la consommation/dépendance (consommation problématique, dépendance).
- 3) Pour le Module 3, nous avons mené une enquête Internet auprès des différentes structures de la base de données InfoDrog^o. Nous avons émis un certain nombre d'affirmations, correspondant aux avis d'experts le plus souvent exprimés dans le Module 2, que les répondants étaient amenés à valider (ou non).
- 4) Le Module 4 consistait en deux workshops d'experts (Annexe 9.7 pour la liste des participants). L'idée de ces workshops était de permettre d'identifier les lacunes mais aussi les exemples de bonne pratique. Chacun de ces workshops était construit autour d'un des deux thèmes principaux suivants : l'organisation de la prise en charge (continuité des soins, travail

ⁿ Par exemple, une récente étude sur les jeunes consommateurs de drogue dans le canton de Berne a dû renoncer à ce mode collectif de recueil des données.

^o <http://www.infodrog.ch>

en réseau, intégration des services spécialisés, financement) et le contenu de la prise en charge (approche de la multi-consommation / multi-dépendance, prise en compte de nouvelles populations, nouvelles approches).

- 5) Le 18 novembre 2013 à l'OFSP, nous avons organisé un panel pour la validation des premiers résultats et la priorisation des besoins. La liste des participant-e-s se trouve à l'Annexe 9.9.

Ce rapport final est donc construit en suivant l'approche par module expliquée ci-dessus. Chaque module fait l'objet d'un document séparé dont les principaux éléments sont repris dans ce rapport. Plus précisément, nous allons présenter les principales conclusions des différents modules. Le chapitre 2 synthétisera les principaux résultats de la revue de la littérature et des analyses secondaires (act-info et enquêtes bas-seuil). Une première typologie de l'offre sera présentée. Le chapitre 3 résume les avis d'experts et le chapitre 4 montre les principaux résultats de l'enquête Internet. Dans chapitre 5, les avis émis dans les workshops d'experts sont présentés sous forme de pistes de réflexion et le chapitre 6 présente les résultats du panel de validation. Une conclusion et les principales recommandations pour améliorer le système de prise en charge des personnes dépendantes terminent ce travail.

2

Synthèse de la revue de la littérature

2 Synthèse de la revue de la littérature^P

Le but de cette revue de littérature est d'avoir une vue globale de la situation en Suisse de l'ensemble des besoins couverts dans le domaine des addictions avec/sans substance(s), et ainsi de tenter de mettre en lumière les besoins encore à couvrir.

2.1 Objectifs de la revue de littérature

Les études portant sur les besoins couverts et non couverts ne sont pas légion. Ainsi, lorsque de telles études ne sont pas disponibles, un deuxième moyen d'approcher cette problématique consiste à mettre en lumière l'offre de prise en charge existante dans le domaine des addictions (avec/sans substances) au niveau cantonal et, dans la mesure du possible, au niveau fédéral.

Lorsque des informations sur l'offre existante n'étaient pas disponibles, nous nous sommes appuyés sur l'existence de guides de bonnes pratiques (guidelines). Nous avons donc cherché à identifier l'existence (ou non) de ces bonnes pratiques régissant la couverture des besoins des personnes dépendantes, aussi bien en Suisse qu'au niveau international, et à identifier d'éventuelles lacunes dans leur mise en pratique.

2.2 Méthodologie de la revue de littérature

La revue de la littérature synthétisée ici est une revue ciblée, donc non exhaustive. Pour la réaliser, nous avons cherché dans la littérature scientifique et dans la littérature dite "grise", en nous appuyant sur le moteur de recherche Google[®]. Plus précisément, nous avons cherché de la littérature à l'aide des mots clés suivants et, dans la mesure du possible, de leur combinaison:

"Besoin(s), Bedarf, analyse, drogue(s), Drog(en), drogues illégales, alcool, jeux, Spiel, Internet, prise en charge, héroïne, Heroin, cocaïne, Kokain, personnes, toxicodépendance, réduction des risques, Infoset, épidémiologie, cyber addiction(s), cyberdépendance(s), tabac, tabacologie, dépendance, Abhängigkeit vieillissement, guidelines, guide bonne(s) pratique(s), Sucht, On(-)line, traitement, Behandlung, Suisse, Schweiz"

A l'aide de ces mots-clés, nous avons d'abord cherché s'il existait des études sur les besoins exprimés. Au cas où de telles études n'existaient pas, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, nous tentons de décrire l'offre de prise en charge existante et, lorsque cette description n'était

^P Luyet S., Wicki M., Gervasoni J.-P., Dubois-Arber F. et Maffli E. Analyse des besoins du système de prise en charge des addictions en Suisse: Module 1. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé 223).

pas possible, nous avons cherché les éventuelles guidelines / guides de bonnes pratiques, nous permettant d'évaluer l'adéquation de l'offre avec la couverture des besoins.

Nous avons également consulté les versions francophone et germanophone des sites Internet suivant:

- www.stop-tabac.ch : site multi-langue proposant des informations et de l'aide sur les différents moyens (médicamenteux ou non) existant pour arrêter de fumer. Il sert également de plateforme d'échange et est développé et maintenu par l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de la Faculté de Médecine de l'université de Genève.
- www.stop-cannabis.ch: site qui propose de l'information et de l'aide pour les consommateurs de produits cannabiques. Ce site est également hébergé par l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de la Faculté de Médecine de l'université de Genève.
- L'équivalent des sites présentés ci-dessus existe également en ce qui concerne les problèmes d'alcool (www.stop-alcool.ch) et de jeux (www.stop-jeu.ch).

Ont également été consultés les sites Internet de certains instituts et structures actifs dans la domaine de l'offre de prestations aux personnes dépendantes et susceptibles de produire des évaluations des offres de prises en charge, à savoir les sites de l'Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP), Addiction Valais, *Infodrog*, Addiction Suisse, Sucht Schweiz, de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de l'*Institut für Sucht und Gesundheitsforschung* de Zurich et, au niveau européen, le site du Centre de monitoring européen des drogues et de l'addiction aux drogues (EMCDDA).

Nous avons décidé d'organiser ce module en fonction des différents problèmes de dépendances avec/sans substance en nous concentrant sur les offres sur l'ensemble de la Suisse ⁹ dans un premier temps. Plus précisément, ce module a été divisé en fonction des principales addictions comme suit: tabac, alcool, drogues (héroïne, cocaïne, cannabis), jeux d'argent et Internet.

2.3 Analyses des besoins par problème

Dans la revue de littérature, nous avons tenté de mettre en évidence la situation de la Suisse dans la prise en charge des personnes avec des problèmes de dépendance(s), mais également de montrer la couverture de leurs besoins.

S'il semble que, de manière générale, les besoins de la population dépendante sont bien couverts, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre d'améliorations sont possibles voire souhaitables. Ces possibilités d'amélioration sont ici présentées sous forme de pistes de réflexion. Nous suivons l'approche problème par problème utilisée dans la revue de littérature.

⁹ Une revue par canton des besoins couverts n'a pas pu être faite.

2.3.1 Tabac

Même si l'offre dans ce domaine est très disparate, l'offre en conseil et désaccoutumance semble couvrir la Suisse. Comme nous n'avons pas trouvé d'étude suisse analysant les besoins spécifiques des fumeurs désirant abandonner le tabac, nous nous basons sur le "Code de bonne pratique des organisations de professionnels de santé en matière de lutte anti-tabac" de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ^r, code qui définit 14 mesures contribuant à la réduction des risques et à la définition d'objectifs de santé publique, repris de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, signée en 2004, mais non ratifiée par la Suisse. Néanmoins, un certain nombre de ces mesures sont déjà effectives en Suisse, notamment la mise en place de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, en vigueur depuis mai 2010.

Toutefois, l'offre de prise en charge des personnes tabagiques désirant arrêter de fumer peut être améliorée d'au moins deux manières :

- 1) Les enquêtes montrent que les médecins ne sont pas en première ligne pour les conseils d'arrêt du tabac et nous n'avons pas trouvé d'analyse de leurs pratiques concernant l'aide à la désaccoutumance. De ce fait, l'offre de prise en charge doit encore être développée en renforçant le rôle des médecins de premier recours.
- 2) Il faut également développer les offres de prise en charge du tabagisme dans les milieux fermés (traitements résidentiels, prisons, ...).

2.3.2 Alcool

De manière générale, même si des disparités régionales existent, la couverture des besoins dans le domaine de l'alcool est considérée comme bonne. Schaub et al ⁹ proposent deux pistes d'améliorations :

- 1) Au niveau régional, les experts interrogés par Schaub et al⁹ ont mis en lumière que l'amélioration de la situation devrait passer par le développement d'interventions brèves en Suisse allemande et l'amélioration de la médicalisation de la prise en charge pour ce qui de la Suisse romande.
- 2) La seconde piste d'amélioration concerne le développement d'offres ciblées de prise en charge des personnes âgées, des personnes ayant une dépendance au long cours de l'alcool et, surtout, les très jeunes consommateurs (14-15 ans). Les offres d'aide et de traitement pour ces problèmes sont pour l'instant inadaptées, insuffisantes ou méconnues. Un accent sur la prévention devrait être mis également dans la mesure où la consommation excessive d'alcool est plus dangereuse pour les personnes âgées que pour les jeunes. En effet, même si les cantons s'accordent sur des groupes-cibles particuliers (jeunes, migrants et personnes âgées), ils ne mettent pas forcément l'accent sur l'un ou l'autre de ces groupes, qui sont par conséquent encore peu couverts par une offre adaptée, surtout que d'autres problématiques sont apparues ces dernières années, comme par exemple l'alcoolisation problématique chez

^r http://www.who.int/tobacco/research/cessation/en/code_practice_fr.pdf

les (très) jeunes (alcoolisations très rapides et/ou "binge drinking" ^s) ou, chez les aînés, le développement d'une consommation problématique d'alcool, par ailleurs souvent déclenchée par une perte (partenaires, amis, ...) et /ou une désocialisation consécutive au passage à la retraite par exemple, ainsi que l'apparition de problèmes de santé.

Les mots-clés semblent donc être "mise en réseau", "complémentarité" et plutôt qu'une offre bas-seuil, les entretiens font ressortir un besoin en interventions brèves et une attention particulière à porter à certains groupes cibles, pour lesquels une offre adaptée est, au mieux, insuffisante.

2.3.3 Héroïne

La situation sanitaire des personnes toxicodépendantes s'est considérablement améliorée ces dernières années et même si la couverture nationale des besoins est considérée comme bonne, un certain nombre d'améliorations devraient être mises en place :

- En plus de la réduction des risques passant par la distribution de matériel de consommation stérile (seringues et de matériel servant à préparer l'injection et l'inhalation), l'implantation de locaux d'injection et d'inhalation s'est faite dans plusieurs cantons/villes (Berne, Bâle, Zurich, Lucerne, Schaffhouse, Saint-Gall, Soleure, Genève). Néanmoins, certaines villes importantes, comme Lausanne par exemple, ne possèdent pas de lieux de consommations. De ce point de vue, les besoins ne sont pas couverts.
- Pour les traitements de substitution à base de méthadone, nous ne disposons pas de données d'ensemble sur la qualité des traitements dispensés en Suisse, notamment en ce qui concerne le dosage, qui permettent de fournir une information adéquate et utile. La mise en place d'une informatisation de la saisie des traitements devrait permettre d'améliorer la connaissance du domaine.
En ce qui concerne les traitements d'héroïne médicalisée, leur nombre est encore en augmentation et ils ne sont pas disponibles dans tous les cantons avec grande ville (le canton de Vaud n'en dispose pas, par exemple). Donc une amélioration de la couverture est encore possible en Suisse romande notamment.
Des problèmes dans la prise en charge des traitements de substitution risquent de voir le jour, car on assiste à un départ à la retraite de médecins actifs dans la prise en charge de traitements de substitution, avec comme conséquence que la relève n'est pas assurée. Cette dernière se trouve limitée également par un certain manque de motivation des médecins nouvellement installés de s'occuper d'une population toxicomane jugée comme difficile.
- La formation des médecins devrait être améliorée dans le domaine de la dépendance et, plus largement, de l'ensemble des professions médicales et ce d'autant plus que la couverture en traitement (VHB et VHC) et la vaccination (VHB) doit être renforcée.

^s Il semblerait que cette dernière tendance soit en diminution, mais le problème de l'alcoolisation rapide demeure, avec par exemple les sorties de fin de semaine ¹⁴.

- La population des personnes dépendantes se trouve également confrontée au vieillissement. Ce dernier se manifeste peut-être de manière plus aigue, dans la mesure où le corps vieillit prématurément. Des places d'EMS adaptées pour les consommateurs de drogues âgés sont, de fait, nécessaires.

2.3.4 Cocaïne

Beaucoup d'informations manquent en ce qui concerne cette substance et la couverture des besoins pour les personnes dépendantes est difficile à évaluer. Comme on ne connaît pas bien la population des personnes dépendantes à la cocaïne, en particulier celles qui sont encore bien intégrées (nombre, dépendances à d'autres substances, besoins de prise en charge, etc.), il est très difficile, voire impossible, d'évaluer leurs besoins. De plus, il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement(s) de substitution spécifique comme pour l'héroïne. Il faut mentionner également qu'une grande population de consommateurs ne s'approvisionne pas dans la rue et est de ce fait difficile à atteindre.

Comme il n'y a pas de prise en charge structurée de cette population, une première piste qui semble intéressante passe par la mise en place de thérapies « web-based » et « self-helped »^t. En effet, un premier essai clinique randomisé sur ces thérapies pour aider les consommateurs problématiques de cocaïne montre des résultats encourageant, pour atteindre les consommateurs « cachés » notamment¹⁶

Dans l'attente d'une prise en charge plus codifiée et reconnue, il faut surtout continuer le travail d'information sur les comportements à risque en matière de consommation de cette substance.

2.3.5 Prise en charge sociale des personnes toxicodépendantes

La prise en charge sociale n'est de loin pas optimale. L'« occupationnel » semble être le besoin le plus important, ou en tout cas le plus souvent exprimé, qu'il s'agisse de travail rémunéré (« petits jobs », emploi social-solidaire, ...) ou d'activités en dehors du monde du travail (loisirs, activités culturelles, sports,...). Ce besoin est à mettre en lien avec les problèmes de réinsertion sociale, car pouvoir s'occuper permet d'éviter la monotonie des journées et, surtout, d'éviter les rechutes¹⁷. Une offre adaptée pourrait être développée, car une réinsertion professionnelle permet d'améliorer l'estime de soi¹⁸, de préserver l'abstinence ou, pour les personnes qui se considèrent en fin de traitement, de stabiliser leur situation sociale, d'autant plus que même en période de haute conjoncture, environ deux tiers des clients ne trouvent pas de travail et que cette situation est valable également pour les personnes qui ont fini leur thérapie avec succès¹⁹.

De plus, selon certaines études menées sur les besoins des personnes toxicodépendantes, ces dernières ont exprimé un certain nombre de besoins et de proposition, visant à améliorer leur situation (ateliers protégés, coaching professionnel, ...), qui soit n'existaient pas, soit existaient mais étaient inconnus,^{17 19} comme les offres de logement. Les usagers ont exprimé également

^t La notion de « self-helped » peut se définir comme une utilisation d'Internet pour partager de l'information. Cette notion peut être complétée par celle de « guided self-help » dans le sens où le partage d'information est complété par de l'échange de contenu, avec le soutien régulier d'un thérapeute¹⁵.

des besoins liés à la vie des structures qu'ils fréquentent, comme l'horaire continu, le besoin d'un espace « multimédia » avec télévision et Internet et/ou la possibilité de rencontres régulières avec l'équipe des structures de manière à discuter de certains problèmes et de points ouverts concernant la vie de la structure (interdiction de fumer,...).

2.3.6 Cannabis

La dépendance au cannabis est relativement fréquente et une demande de prise en charge et de traitement existent²⁰. De plus, dans ce domaine, une information online relativement abondante existe.

Comme il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitements pharmacologiques pour traiter la dépendance au cannabis, cette dernière se soigne avant tout par des moyens non médicamenteux (psychothérapies, interventions brèves, ...) ^u. Il n'y a pas de structures spécifiques adaptées à la prise en charge des personnes dépendantes du cannabis et l'offre actuelle est principalement orientée vers les adolescents (par exemple l'association Parents Jeunes Cannabis à Fribourg ou le projet DEPART dans le canton de Vaud). Une offre plus générale de prise en charge devrait être développée.

De plus, l'intervention précoce doit être renforcée, de même que la collaboration avec la justice d'une part et la famille d'autre part.

2.3.7 Jeux d'argent et de hasard & Internet

Malgré une offre de prévention et de conseil disponible et accessible, il manque des structures spécifiquement adaptées à la prise en charge des joueurs pathologiques, car ces derniers ne se reconnaissent souvent pas dans la prise en charge « classique » des personnes dépendantes. Des efforts sont donc encore à faire dans l'identification des besoins des joueurs pathologiques. Cette population étant peu connue, un besoin de données se fait donc sentir²¹.

On constate également une différence régionale dans l'offre. En effet, cette dernière est plus étoffée en Suisse latine qu'en Suisse allemande. En Suisse romande, une offre correspondante plus claire et qui couvre mieux le territoire a été développée, alors qu'en Suisse alémanique, la situation doit encore être grandement améliorée ²².

La problématique de la cyberaddiction reste encore peu connue, mais la différence est tenue entre addiction aux jeux et à Internet, puisque ce dernier outil propose de nombreux services de jeux d'argent et de hasard en ligne (poker, casinos virtuels). Toutefois, le développement récent d'Internet fait que le problème de la cyberaddiction toucherait plutôt une population jeune et qu'il faut pouvoir apporter l'aide appropriée aux personnes qui en ont besoin.

^u Des informations sur les différentes possibilités de soigner la dépendance se trouvent online, sur le site www.stop-cannabis.ch notamment.

En résumé, dans ce domaine, il semble nécessaire de développer, d'une part, la recherche et, d'autre part, une offre de prise en charge adaptée et spécifique, tant pour les joueurs pathologiques que les personnes cyberdépendantes.

2.3.8 Autres

La prise en charge des personnes considérées comme difficiles, à savoir des personnes présentant des situations de comorbidité psychiatrique et/ou sociale importantes (marginalisation importante notamment) et présentant de graves troubles du comportement, est encore trop lacunaire. Ces personnes fréquentent généralement les centres à (très) bas-seuil d'accès et la prise en charge est problématique, car très compliquée et nécessitant des ressources importantes.

2.4 Analyses de données secondaires

Dans cette section, nous présentons les résultats de l'analyse du système de monitoring des usagers *act-info* et de l'enquête clientèle des structures bas-seuil. Le monitoring *act-info* recueille des données qui permettent de suivre le profil des personnes dépendantes dans le système de prise en charge (ambulatoire ou stationnaire). Comme ce monitoring est le résultat d'un processus d'harmonisation des statistiques des différents domaines de la dépendance, nous suivons dans les analyses l'approche substance par substance.

2.4.1 Act-info

Alcool : La période 2005-2011, malgré quelques fluctuations/différences, est caractérisée par une continuité dans le domaine de la prise en charge des alcoolodépendants et, sur les 15 dernières années, on peut observer une augmentation de la demande de prise en charge des jeunes et jeunes adultes pour des problèmes (primaires) d'alcool, ce qui correspond également aux résultats de la statistique médicale des hôpitaux (période : 2003-2010). On constate également une augmentation de la demande des femmes avec un haut niveau de formation²³.

Opiacés : Concernant les opiacés, la demande de nouvelles prise en charge semble diminuer de manière générale. Les personnes, qui étaient dépendantes au moment de la grande « épidémie d'héroïne » de la fin des années 80 début des années 90, ont toujours besoin de prises en charge. Cette tendance va très certainement continuer et cette cohorte va atteindre l'âge de la retraite.

Cocaïne : Dans le domaine de la cocaïne, il y a probablement une augmentation de la part des usagers qui ne viennent pas de la scène de la drogue (moins de problèmes avec d'autres substances, très rarement sans formation, généralement en emploi, peu d'expérience de prise en charge antérieure, augmentation de la consommation festive et peu marginalisés) et des usagers qui ont fortement diminué l'injection d'autres substances.

Cannabis : Dans la classe d'âge des 15-19 ans se trouve la majeure partie des demandes de prise en charge pour des usagers de cannabis. Sur la période d'observation récente, cette population a fortement augmenté.

Sur la base de ces données, on ne peut pas dire si l'augmentation des demandes dans cette classe d'âge est due à une augmentation des problèmes rencontrés ou à une plus grande sensibilité, c'est-à-dire une volonté plus élevée d'accepter/demander des conseils.

En comparaison avec les autres substances, la première prise en charge « de sa propre initiative » est plus importante.

Addiction sans substance: Malgré une augmentation des demandes de prise en charge dans le domaine des addictions sans substance, cette part, en comparaison avec les addictions avec substance(s) reste marginale. L'augmentation la plus frappante dans cette problématique concerne divers troubles liés à l'utilisation d'Internet, pour lesquels l'influence du milieu a une plus ou moins grande importance dans la genèse de ces troubles hétérogènes²⁴.

2.4.2 Enquête clientèle bas seuil

L'enquête auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (SBS) spécialisées dans la réduction des risques chez les consommateurs de drogues (remise de matériel d'injection, salles d'injection/inhalation) a été menée à six reprises (1993, 1994, 1996, 2000, 2006 et 2011).

Le questionnaire utilisé a été adapté et complété au fil des vagues d'enquête. Les questions posées fournissent des indications sur :

- L'évolution des caractéristiques sociodémographiques des usagers des SBS (sexe, âge, formation, ...) : les quatre cinquièmes de la fréquentation des structures bas seuil sont le fait d'homme et la proportion de femmes a diminué entre 1993 et 2011. Tant l'âge moyen que l'âge médian augmente sur la même période, de même que la proportion de personnes au bénéfice de l'aide sociale ou des assurances sociales. La population concernée est donc de plus en plus âgée et inclut une part non négligeable de personnes dont la réinsertion sociale (en particulier au travail) est difficile voire impossible.
- L'évolution de la consommation de drogues. En ce qui concerne la proportion de consommateurs réguliers d'héroïne dans ces structures, elle a fluctué entre 60.5% et 68.1% dans les années 90. Dès 2000, elle a diminué (51.0%) pour atteindre son point le plus bas en 2006 (44.9%) suivi d'une augmentation en 2011 (48.6%). La consommation de cocaïne durant le dernier mois a passé de 22.8% en 1993 à 59.9% en 2000 suivi d'une diminution en 2011 (30.0%). La multi-consommation est très fréquente: héroïne, cocaïne, alcool, tabac, cannabis, parfois benzodiazépines.
- La pratique de l'injection (fréquence) et le partage du matériel servant à l'injection (seringue, aiguille, et autre matériel). Le recours à l'injection durant les 6 derniers mois a fortement diminué (2000 : 78.1%, 56% en 2006). En 2006, les indicateurs liés à l'injection ont été modifiés en mesurant celle-ci au cours du dernier mois. On constate une baisse importante de l'injection au cours du dernier mois (2006 : 51.3% ; 2011 : 36.9%). Parmi les

personnes s'injectant des drogues, la proportion de nouveaux injecteurs a fortement diminué durant la période 1993 (29.1%) – 2006 (5.5%), puis a augmenté légèrement en 2011 (7.0%).

- L'état de santé (perçu) et le statut sérologique pour le VIH, le VHC et le VHB. La grande majorité des usagers des structures à bas seuil ont fait un test VIH au cours de leur vie et la proportion de tests VIH positifs a progressivement baissé (1993 : 10.1% ; 2000 : 10.6% ; 2006 : 8.7% et 2011 : 7.6%). Une proportion moindre a fait un test pour l'hépatite C avec toutefois une légère augmentation de cette proportion entre 2000 (76.1%) et 2011 (81.1%). Mais, en 2011, seuls 55.2% ont rapporté un test VHC effectué dans les 12 derniers mois. La proportion de personnes rapportant un test positif pour l'hépatite C a diminué de manière régulière entre 2000 (58.0%) et 2011 (32.9%). En 2011, la grande majorité des personnes séropositives étaient traitées pour le VIH (81.1%). Un peu moins de la moitié (49.5%) disait avoir été vaccinée pour l'hépatite B et 25.7% des personnes positives pour le VHC avaient été ou étaient traitées pour leur hépatite C. Il existe donc clairement des lacunes dans le dépistage, la vaccination (VHB) et le traitement (VHC) des hépatites.
- La proportion de personnes en traitement de substitution fréquentant les SBS. Elle a augmenté de manière importante entre 1993 (34.4%) et 2011 (56.1%). Entre 3 et 4% des personnes (proportion stable) suivent un traitement d'héroïne médicalisée. C'est donc une majorité de personnes en traitement (probablement mal suivi/ mal prescrit) que l'on retrouve dans la clientèle des structures à bas-seuil et ce fait demande une collaboration accrue entre les professionnels des structures à bas seuil et de ceux du domaine du traitement ambulatoire, pour le suivi de cette population de consommateurs.

2.5 Typologie de l'offre

Une véritable typologie de l'offre s'appliquant au domaine de l'addiction n'existe, semble-t-il, pas. En effet, que ce soit le modèle proposé dans le canton de Fribourg²⁵ ou la typologie proposée par le site *Infodrog*, ils ne concernent que les addictions aux substances légales/illégales.

La Figure 1 présente un modèle générique applicable à l'ensemble des addictions. En fonction du type d'addiction, une partie seulement de cette palette de l'offre globale sera nécessaire. Dans les cas plus complexes présentant soit des addictions à plusieurs substances ou de nombreuses pathologies, l'introduction d'un case management ou d'une structure de liaison addictologique (par ex : sous la forme d'une plateforme) pourra être envisagée.

Les dimensions transversales se trouvant au bas de la Figure 1 sont à prendre en compte dans les divers éléments de l'offre.

Cette typologie s'inscrit dans le cadre général de la société qui comprend un cadre légal dont des mesures structurelles, le clivage entre drogues légales et illégales, etc.

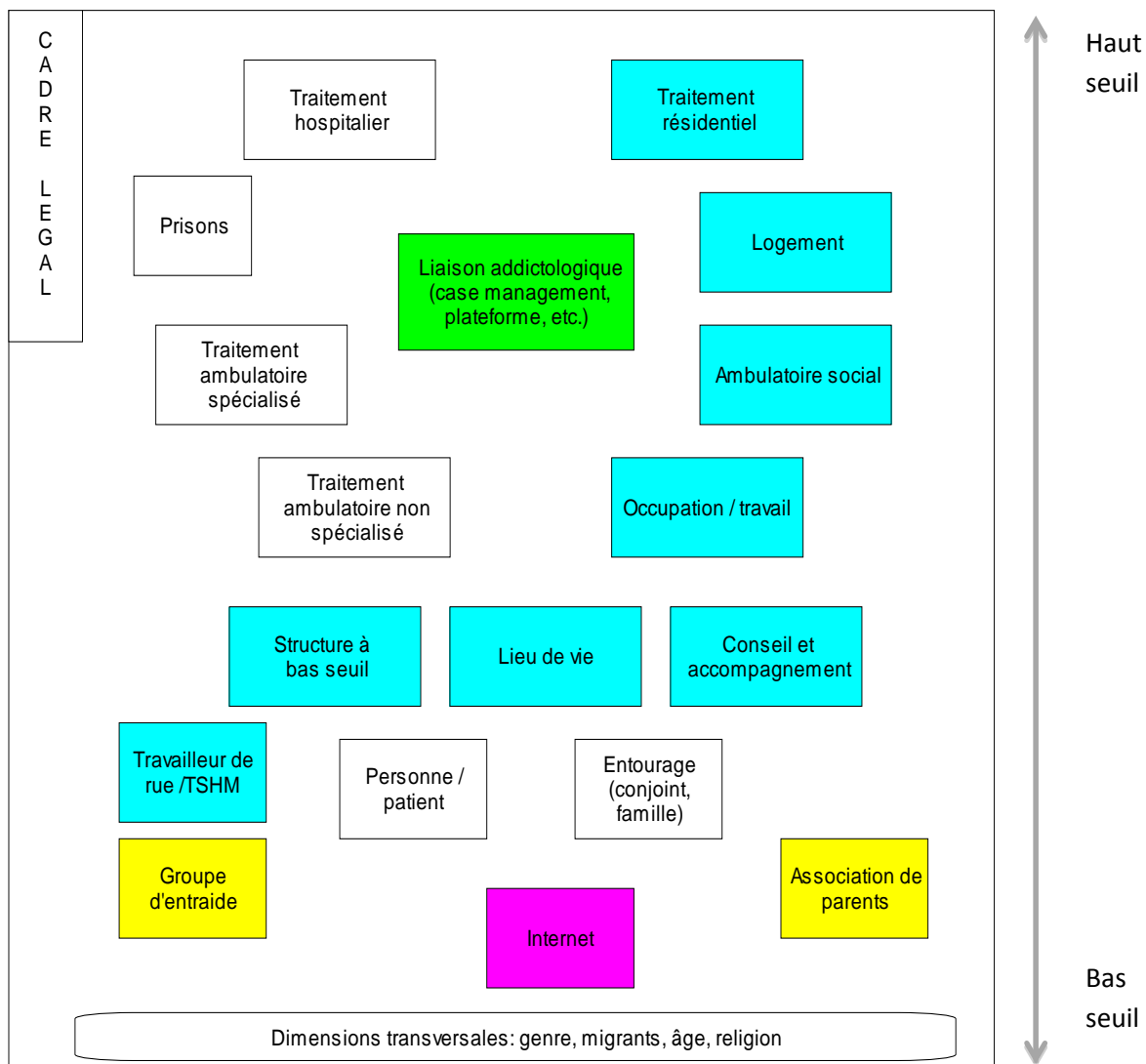
L'emplacement des divers éléments de ce modèle correspond à la proximité de ceux-ci par rapport à la personne ayant une consommation problématique ou une addiction. Plus on monte dans la figure plus le seuil d'accès augmente.

Les éléments avec un fond bleu correspondent à des offres à prédominance socio-éducative. Celles en jaune sont celles des groupes d'entraide et des associations de parents qui sont en principe non composés de professionnels. Les autres offres sont plus spécifiquement composées de professionnels du domaine de la santé, mais pas exclusivement. Notamment, les structures de traitement ambulatoire spécialisé peuvent avoir sous le même toit, des professionnels de la santé et du social.

Chaque élément peut être détaillé selon la diversité de l'offre qu'il contient. Par exemple dans le cadre du traitement résidentiel, on peut avoir une prise en charge résidentielle visant l'abstinence, une prise en charge résidentielle prenant en charge des personnes en traitement de substitution, etc. De même, pour le traitement hospitalier, cet élément regroupe, le traitement hospitalier somatique, psychiatrique, le sevrage, etc.

Un élément qui n'est pas représenté dans ce modèle est celui de la formation des professionnels. La qualité de l'offre va bien sûr dépendre fortement du niveau de formation des professionnels entourant les personnes souffrant d'addictions. En raison de l'évolution des formes d'addiction, une adaptation permanente de la formation s'avère nécessaire.

Figure 1 Typologie de l'offre pour la prise en charge, le traitement et la réduction des risques dans le domaine des addictions



3

Interviews d'experts

3 Interviews d'experts^v

En parallèle à l'analyse de la littérature (Section 2), nous avons développé une grille d'entretiens (Annexe 9.4) pour mener les interviews exploratoires d'experts.

Vingt-trois entretiens ont été menés (Annexe 9.3), en partie par l'IUMSP pour les entretiens en français (10) et en partie par Addiction Suisse pour ceux menés en allemand (13). Ils ont été menés en face à face ou par téléphone, ont été enregistrés avec l'accord des personnes interviewées et ont fait l'objet de résumés structurés.

Les interviews, structurées, abordent les thèmes suivants qui varient en importance selon le type d'expertises :

- Consommations: évolution, nouveaux types de consommation, problèmes spécifiques nouveaux mal pris en charge.
- Populations concernées: évolution, nouvelles populations, populations insuffisamment desservies.
- Services: types d'offres existantes, évolution des services, nouvelles demandes de services, problèmes dans la prise en charge, lacunes.
- Modèles de prise en charge: nouvelles demandes, nouveaux besoins, nouvelles offres.
- Continuité des soins et travail en réseau: besoins, bonnes pratiques.
- Formation professionnelle: nouveaux besoins.

Dans la mesure de ce que révèlent les interviews, nous avons essayé de regrouper les principales réponses sous forme d'affirmations. Cette façon de procéder n'est pas exempte de problèmes. Mentionnons simplement le fait que tous les experts n'ont pas forcément une vue d'ensemble du système et s'expriment sur leur réalité. Dans les commentaires, ces différences de niveaux de vue n'apparaissent pas forcément.

Dans la suite de cette partie, nous présentons les principales affirmations en fonction des thèmes principaux définis dans la grille d'entretien (Annexe 9.4).

Les tableaux présentés ci-dessous se lisent de la façon suivante :

- !!! = avis très fréquent, cité par plus de 5 experts
- !! = avis fréquent, cité par 3-5 experts
- ! = avis peu fréquent, cité par 1-2 expert(s)

^v Luyet S., Stucki S., Wicki M., Maffli E., Gervasoni J.-P., Dubois-Arber F., Analyse des besoins du système de prise en charge des addictions en Suisse. Module 2. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé 224).

Nous avons également indiqué pour chaque constat ou besoin s'il se retrouvait dans la revue de littérature du module 1 (oui : ✓, ou non : ✗).

3.1 Contexte

Avant de mettre en lumière les avis des experts sur les différents thèmes, nous devons ici contextualiser le cadre de leur intervention tel qu'ils l'ont eux-mêmes mis en avant.

La demande de substances stimulantes est plutôt en augmentation, une des raisons avancées étant la valorisation de la performance dans notre société. De plus, au niveau des substances, l'alcool tient un rôle à part, pour des raisons historiques. Cette situation se caractérise par un manque de volonté politique de prendre certaines mesures, en particulier structurelles, pour réduire la consommation problématique d'alcool et, donc, un manque de moyen pour le travail d'intervention et de prévention.

Ce problème de financement concerne le domaine des addictions de manière générale. Actuellement, on assiste à un glissement de l'attribution de fonds de la réduction des risques vers la répression. Le dernier point qu'il faut mentionner est le manque de transfert de connaissances, la population générale n'ayant que peu de connaissances du domaine des addictions.

3.2 Consommation problématique et addictions

Tableau 1 Consommation problématique et addictions

Thèmes	Constats des experts	Fréquence du constat exprimé	Littérature
Consommation problématique et addictions			
« Marché » de la drogue	1. Arrivée sur le marché d'un nombre important de nouvelles substances (Spice, GHB, GBL, ...) et important renouvellement des drogues	!!!	✗
	2. Grande accessibilité de la cocaïne et augmentation de sa consommation	!!!	✗
	3. Manque de visibilité des consommateurs de cocaïne intégrés qui ne s'approvisionnent pas dans la rue : on ne les atteint pas	!	✗
Addictions avec et sans substances	4. Apparition de consommation problématique et addiction sans substances : jeux vidéo, Internet, jeux d'argent et de hasard et sexe et pornographie sur Internet	!!!	✓
	5. Consommation de cannabis : banalisation et quelques cas de consommation problématique	!!	✓
	6. Développement de polyconsommation et polytoxicomanie (principalement cocaïne et cannabis, mais aussi sans et avec substances)	!!	✗

Thèmes	Constats des experts	Fréquence du constat exprimé	Littérature
	7. Développement de consommation excessive d'alcool	!!	✓
	8. Problèmes liés à la consommation d'héroïne : vieillissement de la population de consommateurs et réapparition de jeunes consommateurs	!!	✓
	9. Consommation de métamphétamine : émergence et substance qui se substitue à l'héroïne chez les consommateurs intégrés		✓
	10. Consommation de médicaments (psychotropes notamment) : entre automédication et prescription	!!	✓
Comportement de consommation	11. Diversification des consommations et des comportements et mélange de substances	!	✗
	12. Banalisation de la consommation chez les jeunes et consommation excessive d'alcool	!!	✓
	13. Démocratisation de la consommation de substance(s)	!!	✗
	14. Séparation mieux admise de la dépendance et de la consommation problématique (consommation qui n'aboutit pas à une dépendance)	!	✓

Cette partie se décompose en trois problématiques distinctes^w

- 1) Le premier point que nous abordons ici est celui du « marché » de la drogue. Ce dernier a subi quelques transformations ces dernières années. Les deux changements les plus importants sont, d'une part, l'apparition de nouvelles substances, facilement commandées par Internet et, en second lieu, le développement de la consommation de cocaïne par les anciens héroïnomanes, mais aussi par une population qui n'est pas à risque au départ (par exemple les personnes fréquentant le milieu festif). Cette dernière population souvent ne s'approvisionne pas dans la rue et est donc plus difficile à atteindre.
- 2) La deuxième problématique concerne les addictions. Il faut séparer les addictions avec des addictions sans substances. En ce qui concerne ces dernières, les avis divergent, car ce type de dépendance n'est pas encore très bien documenté (Sections 2.3.7 et 2.4). Ainsi, même si certains experts considèrent qu'il y a un fossé générationnel dans l'utilisation et la compréhension des nouvelles technologies, leur potentiel addictif ne peut être sous-estimé.
- 3) Actuellement, on distingue mieux entre consommation excessive/problématique et dépendance. Certains groupes, surtout les jeunes, consomment de manière excessive de l'alcool par exemple, sans pour autant développer de dépendance. Cette différenciation des modes de consommation devrait permettre une différenciation de la prise en charge.

^w Il est évident que ces trois problématiques ne sont pas totalement imperméables entre elles. Par exemple, le fait que les consommations se diversifient et que les personnes mélangent différentes substances implique une modification du marché et des façon de se procurer les substances (Internet, ...).

3.3 Populations concernées

Tableau 2 Populations concernées

Thèmes	Constats des experts	Fréquence du constat exprimé	Littérature
Populations concernées			
Nouvelles populations	1. Les migrants (Afrique du Nord, en situation illégale ou pas)	!!!	✓
	2. Les très jeunes (~12 ans, dépendance à Internet notamment)	!	✗
	3. Il n'y a pas de nouvelles populations	!	✗
Populations mal desservies	4. Les jeunes et les adolescents (< 25 ans)	!!!	✓
	5. Les personnes âgées (toxicomanes vieillissants et addiction tardive)	!!	✓
	6. Les parents avec dépendance et leurs enfants, ainsi que les enfants avec dépendance et leurs parents	!!	✗
	7. Population avec d'importantes comorbidités psychiatriques	!!	✓
	8. Les femmes	!!	✓
	9. La population de consommateurs excessifs d'alcool et de « binge drinkers » est mal desservie	!!	✓
	10. Les populations fortement désinsérées socialement et professionnellement	!	✓
	11. Les adultes (35-65 ans) dépendant à l'alcool et au tabac	!	✗
	12. Les détenus (avec et sans traitement de substitution)	!	✓
	13. Les personnes intégrées qui perdent la maîtrise de leur consommation	!	✗
	14. Les grands dépendants à la cocaïne	!	✓
	15. Les consommateurs de cocaïne	!	✓
	16. Population de jeunes fortement désinsérés	!	✓
	17. Les alcoolodépendants (population difficile à atteindre)	!	✓

Même s'il semble que la couverture soit globalement suffisante en Suisse, les experts ont permis de mettre en lumière trois principales populations dont la prise en charge mérite plus particulièrement des améliorations :

- 1) Les jeunes (les personnes de moins de 25 ans) : d'après les experts interviewés, les jeunes et les adolescents commencent à consommer de plus en plus tôt et ont des

consommations excessives d'alcool (« binge drinking », ...). De plus, comme la détection de ces personnes laisse à désirer, il y a peu de places de prise en charge.

- 2) Les personnes âgées, tant les toxicomanes vieillissants que les personnes de 65 ans et plus qui développent une addiction tardive.
- 3) Une petite minorité de personnes d'Afrique du Nord posent des problèmes partout où ils vont. Il s'agit principalement de personnes en situation illégale et qui sont fortement dépendantes aux benzodiazépines. Il s'agit là d'une nouvelle population qui est difficile à prendre en charge

3.4 Services

Tableau 3 Services

Thèmes	Constats des experts	Fréquence du constat exprimé	Littérature
Services			
	1) Réorientation des structures de prise en charge vers un système sans distinction drogues légales /drogues illégales et offrant une prise en charge globale (y compris tabac et alcool)	!!!	✓
	2) Mieux tenir compte de la tendance du passage du stationnaire à l'ambulatoire, avec une modification de l'objectif à atteindre pour le client / patient	!!	✗
	3) Besoin d'une offre de prise en charge adaptée des personnes toxicodépendantes vieillissantes	!!	✓
	4) Nouvelles demandes dans le domaine social (travail, logement, ...) avec importants besoins d'informations	!!	✓
	5) Développement d'explications et de connaissances au sein de la population générale dans le domaine de l'addiction	!!	✗
	6) Besoin d'une offre de prise en charge des personnes âgées avec addiction tardive	!	✓
	7) Besoin d'une offre de prise en charge spécifique des (très) jeunes	!	✓
	8) Besoin d'une offre de prise en charge des dépendances en prison, à l'exemple des traitements de substitution insuffisamment mis en route, seulement poursuivis	!	✓
	9) Besoin d'une offre de prise en charge des personnes fortement alcoolodépendantes et désinsérées socialement, avec consommation contrôlée (aussi migrants avec forte consommation d'alcool et cirrhose précoce)	!	✓
	10) Besoins d'une offre de prise en charge pour les dépendants sans substances	!	✓
	11) Besoin d'une offre de prise en charge entre le stationnaire et l'ambulatoire	!	✗
	12) Besoin d'une offre de prise en charge bas seuil des migrants illégaux	!	✓

Plusieurs experts ont mentionné le fait que l'approche substance par substance et/ou problème par problème est de plus en plus abandonnée. Comme on cherche de moins en moins à différencier entre drogues légales et illégales, les structures doivent offrir une large palette de méthodes et de services de prise en charge, en raison de la modification des services au cours des dernières années, notamment la diminution du stationnaire au profit de l'ambulatoire. Cette tendance marque le fait que l'abstinence n'est plus forcément l'objectif à atteindre et que le stationnaire devrait être réservé aux personnes très dépendantes et mieux structurées.

Une piste souvent mentionnée par les experts pour améliorer la prise en charge consiste d'une part à développer le travail transversal, comme par exemple l'instauration d'un guichet unique avec orientation et, d'autre part, à développer et améliorer les interactions avec les services dans le domaine social, en particulier l'accès au logement et au travail, car ce dernier est un important facteur d'intégration. De plus, un important travail d'informations pour les usagers sur les possibilités existantes reste à faire.

Pour certains experts, il est nécessaire d'anticiper l'évolution des addictions sans substance en développant des services de prise en charge pour ce type de problème dans les 10 prochaines années.

Les experts ont mentionné des possibilités d'amélioration pour les types de population mentionnés ci-dessus (Section 3.3) :

- 1) En ce qui concerne les jeunes, il faut éviter que la consommation devienne un critère d'exclusion lors d'un placement en foyer. De plus, le travail entre les centres de prise en charge et les services administratifs concernés doit être amélioré, de même que l'intervention précoce pour les jeunes.
- 2) Les personnes âgées de 50 à 80 ans, pour lesquelles il existe une consommation problématique de substances (alcool, médicaments), car le sujet est encore tabou dans la société et /ou le monde politique.
- 3) L'âge moyen des personnes toxicodépendantes augmente et ces personnes développent plus rapidement de nombreux problèmes somatiques et de mobilité (l'accès aux soins et aux traitements de substitution notamment).

De manière générale, il y a un manque de services de prise en charge spécifiques addictions dans les prisons, car la prison est vue comme un lieu d'abstinence. De plus, il n'y a pas de cohérence dans la prise en charge en raison d'une frilosité du milieu carcéral, à l'exemple des traitements de substitution, ces derniers n'étant souvent pas initiés en prison, mais seulement poursuivis. Il faut encore mentionner qu'il n'y a pas de programmes de désaccoutumance au tabac dans les prisons et qu'à l'exception du VIH, une prise en charge des principales maladies infectieuses (VHC et VHB) manque. Les problèmes de dépendance à l'alcool (en particulier au moment de la sortie) seraient insuffisamment pris en compte.

3.5 Modèles de prise en charge

Tableau 4 Modèles de prise en charge

Thèmes	Constats des experts	Fréquence du constat exprimé	Littérature
Modèle de prise en charge			
	1) Il faut une approche intégrée (en réseau) et intégrative (plusieurs méthodes), et ce travail doit être fait de manière coordonnée	!!!	✓
	2) L'abstinence n'est plus forcément le but à poursuivre, mais on essaie de poser des jalons (réduction de risques et consommation contrôlée notamment).	!!	✓
	3) Il est nécessaire de replacer la dépendance dans le contexte social de la personne et cette dernière doit être la priorité	!!	✗
	4) La prise en charge en prison doit être équivalente à ce qui se fait à l'extérieur (y compris en ce qui concerne le tabac et l'alcool)	!!	✓
	5) Le modèle de travail de rue des années 80 ne correspond plus à l'environnement institutionnel actuel et les institutions doivent s'adapter	!!	✗
	6) Les thérapies qui ont fait leur preuve doivent être développées (thérapies systémiques, thérapies cognitivo-comportementales et/ou entretiens motivationnels)	!!	✓
	7) Il faut encourager et soutenir le modèle basé sur le médecin de famille	!!	✓
	8) Tous les modèles de prise en charge devraient intégrer le travail avec la famille	!!	✓
	9) Il faut développer un modèle de prise en charge des jeunes et des adolescents (désinsérés ou non)	!!	✓
	10) L'offre spécifique faite aux femmes dans le domaine résidentiel doit être maintenue	!	✓
	11) Dans les structures à bas seuil, il faut un modèle de prise en charge spécifique des femmes, avec possibilité de consultation gynécologique notamment	!	✓
	12) Les offres de proximité, avec notamment des structures de jour et des structures bas seuil fonctionnent bien	!	✗
	13) Le modèle « Alcochoix » développé au Québec est repris par plusieurs structures en Suisse	!	✗
	14) Le modèle de recours aux infirmiers de pratique avancée dans des cabinets de groupe assumant des tâches autrefois dévolues aux médecins et incluant également des psychologues et autres professions médico-sociales, doit être développé	!	✓
	15) Il faut adapter le système aux nouvelles circonstances et non créer de nouvelles structures pour chaque nouveau problème / nouvelle population	!	✗
	16) Même si le modèle de libre adhésion reste le modèle le plus utilisé, le modèle d'injonction thérapeutique (article 426, PLAFA, ...) doit être plus utilisé auprès des jeunes notamment		
	17) Il faut développer les offres en ligne	!	✓

En ce qui concerne l'offre de prise en charge, le territoire suisse est couvert, une offre minimale existant dans toutes les régions. Le système ne doit pas être renouvelé, mais adapté aux nouveaux besoins. En d'autres termes, il faut plutôt coordonner de manière adéquate l'offre existante.

Le client doit être au centre du modèle de prise en charge et son développement une priorité. De ce point de vue, l'idéologie de l'abstinence seule est dépassée et on essaie plutôt de définir un objectif à atteindre avec l'« usager ». De plus, il faut éviter de moraliser les rechutes.

Dans l'idée de mettre le patient au centre, le modèle basé sur le travail coordonné de type « case management ^x » est souvent cité. Ce modèle implique un travail avec un coordinateur/case manager/référent. Dans cette idée, il faut également mieux prendre en compte le contexte social de la personne dans l'approche psychothérapeutique.

Plusieurs modèles ont été mis en avant par les experts :

- 1) L'équivalence dans la prise en charge dans et hors des prisons. Le minimum serait de respecter les standards nationaux pour les traitements de substitution à la méthadone.
- 2) Il faut renforcer la place du médecin de famille dans le système, notamment pour la prescription médicale d'héroïne et de méthadone. Ce type de modèle doit être encouragé pour autant que les médecins soient formés de manière adéquate et qu'ils se retrouvent au sein d'un réseau approprié.
- 3) Les services de prise en charge des familles doivent encore être améliorés, car les programmes (de prévention et de traitement) qui incluent toute la famille (enfants avec parents dépendants et parents avec enfant(s) dépendant(s)) sont encore trop peu courants en Suisse, d'autant plus que les demandes de prise en charge de jeunes ayant des problèmes avec le multimédia de la part de familles augmentent. Un modèle à exploiter est le modèle MDFT (MultiDimensional Family Therapy) ou modèle de prise en charge multidimensionnelle pour les familles, car il donne de bons résultats.

En raison notamment d'une bonne couverture bas seuil, le travail de rue « classique », à savoir aller au devant des individus dans la rue ne correspond plus à la situation actuelle. Actuellement le travail de rue inclut de plus en plus le rappel des règles de respect de l'ordre public. Il faut donc mieux (re)définir la place de chaque intervenant et les interventions doivent être plus ciblées.

Le travail sur le genre n'étant pas suffisamment ancré ni dans le bas-seuil ni dans les structures ambulatoires ou résidentielles, il faut offrir une prise en charge spécifique à certains groupes cibles, les femmes notamment. En effet, la pratique consistant à placer quelques femmes dans des structures résidentielles à majorité masculine dans le but de « calmer » les hommes ne fonctionne pas et ne bénéficie pas aux femmes (problèmes de harcèlement sexuel, besoins non écoutés, ...).

Pour terminer il faut mentionner que les offres en ligne peuvent constituer un premier contact, voire une porte d'entrée pour une prise en charge, avec les personnes dépendantes. Par exemple, un expert mentionne Internet comme moyen d'accéder aux cocaïnomanes « intégrés » et qui ne s'approvisionnent pas dans la rue.

^x Le modèle de « case management » se base sur une personne qui coordonne le réseau du patient.

3.6 Continuité des soins et travail en réseau

Tableau 5 Continuité des soins et travail en réseau

Thèmes	Constats des experts	Fréquence du constat exprimé	Littérature
Continuité des soins et travail en réseau			
	1) Il faut améliorer les transitions dans le parcours des usagers, notamment la coordination et le relais dans la prise en charge des patients	!!!	✓
	2) Il faut développer la mise en réseau et la coordination interinstitutionnelle. Elles devraient faire partie de la bonne pratique professionnelle.	!!!	✓
	3) Il faut privilégier l'intervention précoce	!!!	✓
	4) Il faut plus de financement dans la réduction des risques	!!	x
	5) Il faut plus de travail en réseau entre les 4 piliers	!	x
	6) Il faut améliorer la planification des soins	!	x
	7) Il faut améliorer la continuité des soins (transmission des cas) à l'intérieur des institutions.	!	x

Les personnes dépendantes ont souvent recours aux services ambulatoires pendant des années. Ainsi la stabilité dans les échanges est primordiale et les transitions dans le parcours des usagers doivent être améliorées, que ce soit le passage entre le résidentiel et l'ambulatoire ou l'incarcération et l'extérieur, d'où la nécessité de renforcer les rencontres formelles et informelles au niveau professionnel.

Actuellement, le système fonctionne encore trop en silo et le manque de planification induit un manque de vision commune dans le domaine des addictions. De fait, il manque une routine intégrée de collaboration. Réunir les professionnels pour parler des problèmes de la personne devrait améliorer la coordination de la prise en charge.

3.7 Formation

Tableau 6 Formation

Thèmes	Constats des experts	Fréquence du constat exprimé	Littérature
Formation			
	1) Améliorer la formation de base des domaines médico-psycho-sociaux : il y a un grand besoin de connaissances et de compétences de tous les professionnels	!!!	✓
	2) Intégrer les addictions sans substances dans les cursus de formation des professionnels du domaine des dépendances	!!	✗
	3) Améliorer la coordination des formations continues	!	✗
	4) Former le personnel d'origine étrangère aux spécificités de la politique de la prise en charge des addictions en Suisse.	!	✗
	5) Créer une plateforme pour les questions « genre et addictions », par exemple entre le GREA et le Fachverbandsucht	!	✓
	6) Développer une formation en médecine pénitentiaire	!	✓
	7) Former des médecins dans le dépistage et l'évaluation/orientation	!	✗
	8) Former plus de psychothérapeutes	!	✗
	9) Augmenter les formations spécifiques de médecins et de psychiatres spécialistes des addictions	!	✓

De manière générale, les professionnels s'accordent à dire que le domaine des addictions a un grand besoin de personnels formés.

Dans le but d'améliorer les formations, il faut encourager les collaborations entre les HES et les universités, d'autant plus que la dépendance est un problème qui touche un grand nombre de domaines. Deux aspects méritent d'être soulignés : d'une part, il faut étoffer les formations de base et, d'autre part, les formations continues sont encore trop orientées par type de substance et sont caractérisées par un manque de coordination entre elles.

De plus, le savoir doit être partagé entre les différents professionnels, autant du monde médical que du monde social, mais aussi au sein de la population générale dans le domaine de l'addiction de manière générale et pas seulement en termes de substance(s) spécifique(s), car il y a trop souvent une méconnaissance de la problématique.

4

Questionnaire Internet

4 Questionnaire Internet^y

Dans cette partie sont explicités les principaux résultats du questionnaire online que nous avons développé sur des avis d'experts mis en lumière dans la partie précédente. Plus précisément, les questions posées, plutôt sous forme d'affirmation, correspondaient aux avis d'experts les plus fréquemment exprimés.

Ce questionnaire a été envoyé par courriel à toutes les structures faisant partie de la base de données *Infodrog* (état au 15 mai 2013). Les répondants des différentes structures étaient amenés à valider (ou non) ces affirmations.

La base de données des offres de traitement qu'*Infodrog* nous a transmis comporte 704 entrées, parmi lesquelles 4 n'ont ni nom ni adresse de courrier électronique. Sur les 700 institutions restantes, nous avons éliminé celles pour lesquelles l'adresse mail n'était pas mentionnée, soit 36 institutions, ce qui nous laisse un total de 664 institutions.

Nous avons donc envoyé le mail demandant la participation à notre questionnaire à ces 664 institutions. Un certain nombre d'e-mail n'ont pu être délivrés (22 adresses électroniques étaient soit introuvables soit comportaient une erreur).

Ainsi, nous avons pu envoyer notre courriel en français (voir annexe 9.5) et en allemand (voir annexe 9.6), contenant notamment le lien vers le questionnaire, à 642 institutions: 6 institutions ont clairement déclaré ne pas être actives dans le domaine de la dépendance et n'ont de ce fait pas répondu au questionnaire et 194 institutions y ont répondu, ce qui donne un taux de réponse de 30.2%.

La période pour répondre au questionnaire s'étendait du 27 mai au 1 juillet 2013. La demande de participation a donc été envoyée le 27 mai (Annexes 9.5.1 pour la version française et 9.6.1 pour la version allemande), avec un premier rappel envoyé le 18 juin (Annexes 9.5.2 pour la version française et 9.6.2 pour la version allemande) et un second le 28 juin (Annexes 9.5.3 pour la version française et 9.6.3 pour la version allemande). Le questionnaire a été désactivé le 5 juillet 2013.

4.1 Résultats du questionnaire Internet

Le taux de participation (30.2%) est inférieur à celui l'enquête en ligne portant sur l'analyse des besoins dans l'offre de traitement pour les personnes alcoolodépendantes²⁶ (52.3%) sur un échantillon quasi identique (614 établissements de la base de données *Infodrog*, plus 21 médecins).

^y Luyet S., Windlin B., Maffli E., Gervasoni J.-P., Dubois-Arber F., Analyse des besoins du système de prise en charge des addictions en Suisse. Modules 3 et 4. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé 225).

Les résultats des analyses des réponses au questionnaire Internet montrent une certaine congruence avec les avis des experts. On constate peu de différences entre les régions linguistiques ou en fonction du cadre thérapeutique. Ainsi, de manière générale, plus ou moins les mêmes populations sont considérées comme insuffisamment/mal desservies. Néanmoins, les institutions ont, contrairement aux experts, clairement mis en avant les personnes fortement désinsérées socialement comme étant la population la moins bien desservie.

Le même constat s'applique en ce qui concerne les propositions sur les besoins de prise en charge. En effet, les institutions et les experts semblent s'accorder sur la nécessité de développer tant les approches intégrées (en réseau) qu'intégratives (plusieurs méthodes), ainsi que sur le soutien moins important à accorder au recours aux infirmiers de pratiques avancées. Néanmoins, un certain nombre de divergences peuvent être mises en lumière ici.

Le fait qu'il faut encourager et soutenir le recours aux médecins de famille est un avis fréquemment exprimé par les experts, mais fait partie des propositions ayant un taux d'assentiment plutôt faible de la part des institutions et le même constat s'observe en ce qui concerne la prise en charge en prison.

Des différences régionales et en fonction du cadre thérapeutique des institutions s'observent également. La proposition concernant le développement d'offres avec consommation contrôlée est un avis fréquemment exprimé par les experts et récolte plus d'adhésion en Suisse latine qu'en Suisse alémanique. De même cette proposition récolte une plus grande adhésion de la part des structures bas seuil que des institutions ambulatoires, en raison certainement de différences dans le profil des personnes prises en charge.

En fonction de la position hiérarchique du répondant, les avis divergent sur certains points spécifiques. Ainsi, neuf directeurs d'institutions sur 10 ayant répondu au questionnaire sont favorables à la proposition concernant l'augmentation du financement contre moins des deux tiers des collaborateurs. Inversement, les collaborateurs sont plus favorables à la consommation contrôlée que les directeurs.

En ce qui concerne les besoins en termes de travail en réseau et de continuité des soins, le point de vue des institutions rejoint également celui des experts. Développer la mise en réseau et la coordination interinstitutionnelle est un avis très fréquemment exprimé par les experts et les politiques de collaboration avec d'autres organismes en concluant des contrats de coopération (« Politique de coopération ») et de collaboration avec d'autres organismes en étant membre de réseaux régionaux au cantonaux (« Politique de collaboration intercantonale ») sont deux politiques menées par les institutions.

Mais des différences existent tant au niveau régional qu'en fonction du cadre thérapeutique, notamment dans le développement de modèles de prise en charge de type « Case management ». Ce type de modèle est plus valorisé en Suisse latine qu'en Suisse alémanique, ainsi que par les structures ambulatoires et résidentielles.

Au niveau des besoins de formation, les experts et les institutions se rejoignent sur la nécessité d'intégrer les addictions sans substance dans les formations, mais pas forcément sur la proposition portant sur l'amélioration de la formation de base. Sur ce point, des divergences sont

observées au niveau du cadre thérapeutique et au niveau des régions linguistiques. En effet, cette dernière proposition recueille une plus grande adhésion de la part des institutions ambulatoires et résidentielles que de celles actives dans le bas seuil ou celles s'occupant de réinsertion sociale, et une plus grande adhésion en Suisse latine qu'en Suisse alémanique.

5

Workshops d'experts

5 Workshops d'experts^z

Le module 4 de ce mandat porte sur la réalisation de deux workshops d'experts. Les thèmes retenus ont été choisis sur la base des résultats obtenus lors des trois précédents modules.

5.1 Méthode

Les experts ont été invités par courrier électronique en fonction de leur domaine de compétences (cf. Annexe 9.7). Ils ont reçu au préalable l'ordre du jour du workshop auquel ils participaient (cf. Annexe 9.8). Lors des workshops les experts se sont présentés dans le cadre d'un tour de table et ont accepté d'être enregistrés afin de faciliter la retranscription du contenu des workshops.

Une présentation des principaux résultats des trois premiers modules a été faite par un des membres du consortium. Celle-ci était en français avec des diapositives en allemand pour faciliter la compréhension. Lors du workshop chaque expert s'exprimait dans sa langue.

Le premier workshop a eu lieu le lundi 7 octobre 2013 dans les locaux d'Infodrog à Berne. Malheureusement pour ce workshop une personne n'a pas pu venir en raison d'un accident et une autre en raison d'une maladie. Les thèmes abordés lors de ce workshop sont présentés ci-dessous :

- Comment réorienter les structures de prise en charge des addictions vers un système sans distinction drogues légales/illégales et qui offrent une prise en charge globale ? Quels sont les exemples de bonnes pratiques et les modèles existants en Suisse qui fonctionnent bien ?
- Comment renforcer au niveau de la prise en charge les approches intégrées et intégratives (plusieurs méthodes) quels que soient les types d'addiction ?
- Comment réorienter les prises en charge lors de l'apparition de nouvelles addictions ?

Le deuxième workshop a eu lieu le mercredi 9 octobre 2013 dans les locaux d'Infodrog à Berne. Toutes les personnes invitées ont participé au workshop. Les thèmes abordés lors de ce workshop sont présentés ci-dessous :

- Quelles sont les conditions nécessaires au développement de modèle de type « case management » en fonction des divers types d'addiction ? Quels sont les modèles en Suisse qui fonctionnent bien ?

^z Gervasoni J.-P., Luyet S., Windlin B., Maffli E., Dubois-Arber F., Analyse des besoins du système de prise en charge des addictions en Suisse. Modules 3 et 4. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé 225).

- Quelles sont les conditions nécessaires au développement de plateforme d'échange pour les cas compliqués/lourds et est-ce que cette approche serait pertinente dans le contexte suisse ?
- Quelles sont les expériences, les avantages et inconvénients des systèmes d'indication actuellement existants en Suisse ? Quelles sont les pistes d'avenir de ces dispositifs ?

5.2 Pistes de réflexions

En ce qui concerne les populations pour qui l'offre est insuffisante, les experts ont mentionné en plus des groupes de populations mis en évidence dans le cadre de cette analyse des besoins, les proches des personnes concernées par une problématique d'addiction. Il faudrait donc davantage prendre en compte ce groupe de population.

Les experts relèvent l'importante diversité des approches et des offres développées dans les cantons avec des différences importantes entre les grands et les petits cantons, ainsi qu'entre les villes.

Le canton du Valais qui a conduit une évaluation des besoins relativement similaire à celle conduite dans le cadre de ce mandat, signale que leurs résultats sont très similaires à ce que nous avons trouvé.

En ce qui concerne la réorientation des structures de prise en charge des addictions vers un système sans distinction drogues légales et illégales, les experts mentionnent qu'en effet l'OFSP devrait montrer la direction générale d'une approche portant sur toutes les addictions. L'approche globale des addictions se justifie aussi selon les experts en raison des addictions croisées que l'on rencontre dans les prises en charge. En effet, une personne ayant une problématique de consommation d'alcool peut aussi souffrir d'une consommation problématique de drogues illégales ou de jeu excessif.

Une des principales difficultés de cette tendance souhaitée par les experts reste la complexité des financements dans le champ des addictions (entre l'alcool, les drogues illégales, le tabac, les services sociaux et le secteur de la santé, etc.). Cette hétérogénéité des financements repose sur l'évolution des consommations depuis plusieurs années et sur les modes de financement liés à des substances et des groupes d'acteurs. L'OFSP a déjà conduit un important travail de réflexion sur le financement du traitement résidentiel des dépendances.^{aa} L'OFSP pourrait donc reconduire un travail similaire portant sur l'ensemble des financements des addictions, en comparant par exemple, ce qui se fait actuellement dans tous les cantons et quels sont les modèles de financement les plus appropriés.

Un autre élément en faveur d'une approche globale sans distinction drogues légales et illégales est le suivant : de manière générale la prise en charge thérapeutique varie peu en fonction du

^{aa} Gehrig M, Künzi K, Stettler P. Financement du traitement résidentiel des dépendances. Situation actuelle, nécessité d'intervenir et possibilités d'action – rapport final. BASS, mars 2012.

type de substance consommée, il faut donc privilégier une approche basée sur la gravité de la consommation ou de la dépendance, des comorbidités associées et de la situation sociale. L'OFSP, par exemple par le biais d'Infodrog, pourrait organiser une journée nationale d'échanges sur cette thématique.

Si des nouvelles substances ou de nouvelles formes d'addictions apparaissent cela nécessite de pouvoir s'appuyer sur un bon travail en réseau au niveau national, ainsi qu'une collaboration active avec les organisations faïtières (Fachverband Sucht et GREA). Si l'approche existante dans un canton ou une ville est déjà globale, il sera d'autant plus facile d'intégrer une nouvelle problématique par rapport à un système fonctionnant en silos. Cela devrait aussi conduire à des économies d'échelle. Les organisations faïtières qui travaillent déjà soit sous la forme de groupes de travail pour le FVS ou par le biais de plateformes pour le GREA, jouent un rôle central dans la circulation de l'information en ayant un lien proche du terrain. Le renforcement de la collaboration et de la coordination entre le FVS et le GREA devrait encore être développé.

Les experts sont unanimes sur la nécessité de développer des approches de type « case management », toutefois, ils signalent l'importance de bien définir ce que l'on entend par « case management ». A savoir à quel niveau de la prise en charge, pour quels types de personnes, etc. Si cette approche est de plus en plus utilisée, celle-ci doit être encore mieux précisée et affinée. De fait plusieurs approches similaires basées sur la notion de référent existent sans pour autant que celles-ci soit considérées comme du « case management ». Il serait intéressant de favoriser l'échange d'expériences et de modèles de « case management » qui sont utilisés dans certains cantons ou villes. Ces échanges d'expériences pourraient être réalisés soit sous le leadership de l'OFSP ou d'Infodrog, soit au niveau régional par le FVS et le GREA.

De manière générale, les experts trouvent qu'une approche basée sur une plateforme d'échanges pour les « cas lourds » avec la présence de la personne concernée est intéressante. Cette approche peu connue en Suisse pourrait être discutée plus avant au niveau national lors d'une journée d'échange sur cette thématique. De même une journée nationale d'échange sur les systèmes d'indication qui sont à ce jour essentiellement développés en Suisse romande serait utile.

6

Résultats du panel de validation

6 Résultats du panel de validation

Un panel de validation a eu lieu le 18 novembre 2013 dans les locaux de l'OFSP. Les personnes ont été invitées par l'OFSP (cf. Annexe 9.9) et ont reçu au préalable les rapports des modules 1, 2 et 3.

Une présentation des principaux résultats des trois premiers modules a été faite par un des membres du consortium. Celle-ci était en français avec des diapositives en allemand pour faciliter la compréhension. Lors du panel, chaque personne s'exprimait dans sa langue.

Sur la base de tableaux synthétisant les résultats des modules 1 à 3 (Annexe 9.10), les personnes présentes étaient amenées à dire si les différents éléments présentés étaient prioritaires (ou pas). Les résultats de cette discussion sont présentés ci-après.

6.1 Populations concernées

La discussion, en général dans le domaine des dépendances, mais aussi en particulier lorsqu'on s'intéresse aux populations, oscille entre 2 discours, c'est-à-dire, d'une part, le discours de santé publique et, d'autre part, le discours de l'accompagnement socio-médico-éducatif de la personne. Si on regarde du côté du discours « Santé publique », toutes les populations mentionnées dans le tableau de l'Annexe 9.10.1 doivent être considérées comme une priorité.

Jeunes et jeunes adultes

Comme la période entre 13 et 18 ans est une période d'importants changements, la population des jeunes/ jeunes adolescents peut être décomposée en au moins deux sous-catégories :

La première concerne les personnes entre 13-15 ans ayant des problèmes de consommation d'alcool, de tabac et/ou de cannabis. Même si les jeunes consommateurs de drogues illégales sont pris en charge de manière satisfaisante, il y a encore un besoin d'intervention précoce et la question du type d'offre (école, social, travail) est ici importante, car elle conditionne le type d'intervention (prévention primaire, ...). Il y a plusieurs programmes qui ont été lancés, certains continuent, d'autres sont ponctuels.

Le deuxième sous-groupe concerne les personnes qui ont entre 16 et 20 ans environ et qui ont une consommation problématique ou à risque. Certaines connaissances doivent encore être développées dans la prise en charge des comportements/consommations à risque des adolescents. Il faut également accepter que ce soit un âge marqué par des expérimentations diverses et, donc, par des comportements/consommations à risque, même si c'est difficile de définir/évaluer ce qu'est une consommation problématique.

Parler des jeunes et des adolescents rend difficile l'appréhension de l'offre seulement du point de vue de la substance. On ne devrait pas se focaliser sur la consommation, car l'exclusion de cette

population se fait sur la consommation. Il faut trouver donc des moyens pour garder ces jeunes dans les structures où leur consommation ne les exclut pas (en mettant sur pied par exemple des offres avec consommation contrôlée, ou au moins tolérées). Un besoin, en tout cas une réflexion, au moins dans le résidentiel est nécessaire. De manière générale, il manque des offres pour les gens peu matures, indépendamment de l'âge, et une vue d'ensemble du système.

Dans l'idée d'être créatif dans l'intervention et la prise en charge des jeunes, il faut garder à l'esprit que les actions de prévention sont actuellement peu pertinentes. En effet, très peu de choses sont actuellement en place en dehors des interventions ponctuelles dans les classes. Ces interventions ne servent souvent à rien et ont un coût élevé.

De manière générale, les jeunes qui posent problème tombent un peu entre 2 systèmes. Ils ne sont pas adaptés pour le système « Sucht » parce qu'il concerne les gens plus âgés pour lesquels la socialisation est différente, et, dans les institutions « normales », leur prise en charge est inadéquate parce qu'ils posent des problèmes auxquels l'institution n'arrive à répondre que par l'exclusion.

Une priorité importante concerne les enfants avec parents dépendants, car ils passent souvent inaperçus.

Personnes âgées

En ce qui concerne les personnes âgées, une des questions est de savoir si l'intérêt porté à cette population est un effet de mode ou si les priorités la concernant sont vraiment élevées. En effet, on en parle beaucoup parce que l'OFSP a lancé le programme « Sucht im Alter ». Néanmoins, dans ce groupe, un nombre important de personnes a une consommation problématique. Toutefois, il y a encore beaucoup d'incertitudes concernant cette population.

L'autre groupe de personnes âgées important est celui des personnes dépendantes vieillissantes. Ces personnes posent également un important défi dans la prise en charge, aussi par ce que c'est une population polymorbide, précarisée et souvent fortement désinsérées socialement.

Détenus

Le cas des détenus est un peu à part, car le manque de données les concernant est important. Un autre problème concerne cette population : celui de la « pacification médicamenteuse », à savoir les prisonniers sont calmés avec des médicaments. Pour pouvoir évaluer les besoins dans les prisons, il faut commencer par avoir des données. Il faut également voir dans quelle mesure la nouvelle plateforme « santé prison » de l'OFSP va mettre la problématique de la dépendance à son agenda.

Migrants

Les migrants apparaissent plus dans les services d'urgence et dans les moments de grandes crises. En effet, l'accès aux ressources pour cette population est souvent limité en raisons de problèmes

d'information et de communication, notamment dans l'ambulatoire (mais certainement aussi dans le résidentiel). Dans le résidentiel, il y a aussi une surreprésentation des « secundos ». Peut-être ne faut-il pas seulement voir les migrants au sens strict du terme. De plus, c'est une population difficile à atteindre.

Autres populations

En résumé, les personnes fortement désinsérées socialement, quelque soit leur âge et leur provenance, les personnes avec des comorbidités psychiatriques et les jeunes adultes sont des populations qui semblent prioritaires et qui méritent qu'on améliore le système de prise en charge. Ce dernier doit être flexible. Il n'y a pas forcément besoin de tout renouveler, mais plutôt d'améliorer pour intégrer des nouvelles substances, d'autant plus que chaque canton a ses structures. Il faut donc améliorer l'existant et tenter de renforcer la prise en charge globale. Cela concerne aussi les structures ordinaires, à savoir les institutions œuvrant dans les domaines de la santé, du social, de la formation ou de la répression. Il faut donc renforcer les connaissances appropriées auprès de ces structures en les rendant aussi plus ouvertes à la thématique des addictions comme cela est du reste recommandé dans le concept court sur la gestion des addictions dans les structures ordinaires^{bb}.

6.2 Services et modèles de prise en charge

Approche en réseau, case management

Une priorisation des services et modèles de prise en charge n'est pas chose aisée, mais clairement une priorité haute concerne l'approche en réseau. Ce qui doit être amélioré dans ce domaine (et qui est en voie de l'être), ce sont tous ces ponts, ces passerelles à faire entre les différentes offres qui ne se marient pas encore, à savoir la collaboration entre le socio-éducatif, le médical et le psychiatrique et la prison, ainsi qu'entre l'ambulatoire et résidentiel. L'importance de l'approche en réseau est connue depuis longtemps, mais il semble qu'à l'exemple du canton de Vaud avec la mise sur pied des différents dispositifs d'indication, l'impulsion de l'Etat est nécessaire pour forcer les gens à travailler ensemble et à adhérer à un projet.

Le modèle de l'approche en réseau mérite d'être développé aussi sous forme de modèle de « case management », mais pris au sens strict du terme, au niveau institutionnel et pour les cas difficiles. Cela devrait, ainsi, permettre d'éviter de renvoyer ces cas d'un service à l'autre. Les plus petits cantons travaillent déjà davantage en réseau, comme par exemple le Valais ou Fribourg. Le case management prend du temps et nécessite des postes. De plus, la demande pour ce type de modèle ne correspond pas forcément à la réalité des institutions, car elles ont de moins en moins de temps pour le faire. C'est néanmoins une très bonne approche qu'il faut développer, surtout pour les cas difficiles, car c'est un petit nombre de cas qui mobilise beaucoup de ressources.

^{bb} Concept court : Gestion des addictions dans les structures ordinaires. OFSP, Groupe d'experts Formation Dépendances et Infodrog, 2013.

Une façon d’appréhender l’approche en réseau, autre que sous forme de « case management », consiste à voir ce modèle du point de vue du système, c’est-à-dire qu’on n’apprend plus à la personne à circuler dans le système, mais on apprend au système à être adéquat vis-à-vis de la personne. Cette deuxième approche correspond plutôt au « disease management », où l’ensemble d’une communauté essaie de voir dans quelle mesure elle répond à des besoins spécifiques d’une maladie, avec la mise en place de conventions de collaboration formelle et d’un système d’information pour les patients. Dans cette idée, l’amélioration des transitions entre ambulatoire et résidentiel semble être un préalable important.

Contrairement à l’approche en réseau, l’approche selon plusieurs méthodes ne semble pas être une priorité. Néanmoins, le terme doit être précisé. Si cela signifie mettre en place un guichet commun, ce modèle doit être amélioré. S’il s’agit de l’idée d’avoir sous le même toit plusieurs offres en fonction des différentes problématiques de la personne prise en charge, des problèmes de taille de l’institution, c’est-à-dire que des limites structurelles existent.

Approche globale addictions et financement

La suppression de la distinction drogues légales/illégales est déjà effective dans l’ambulatoire, car il y a déjà confrontation avec les poly consommations. Dans le résidentiel, cette séparation existe, parce que la prise en charge (et le financement) se fait en fonction des substances. Cela se développera de soi-même avec de plus en plus de cantons qui préparent des « SuchtKonzepte », à savoir une prise en charge globale de la dépendance.

L’existence de cette séparation résulte aussi du mode de financement (caisse maladie, subventions, ...). Ce dernier a plus d’influence sur le système que les aspects « fachlich ». Dans certains cantons, c’est la santé publique qui subventionne l’ambulatoire et l’aide sociale le résidentiel.

Avant de penser à augmenter les financements, peut-être faudrait-il commencer par ne pas les réduire, d’autant plus que la formalisation de la mise en réseau implique des financements particuliers.

Problèmes sociaux liés aux addictions

Comme les problèmes sociaux sont fortement liés à la dépendance, le développement d’offres dans ce domaine (logement, travail, aides au désendettement, ...), mais surtout l’information les concernant^{cc}, sont prioritaires. Ces problèmes se rencontrent aussi bien dans l’ambulatoire que dans le résidentiel. Il faut également des offres de réinsertion professionnelle, par exemple en mettant sur pied des ateliers protégés pour offrir un tremplin vers le marché du travail. L’accès (et la remise) au travail n’étant pas toujours possible, l’accueil de jour et l’occupationnel deviennent d’importantes mesures de réinsertion sociale. On peut être également dans une démarche de formation dans l’accueil de jour qui, bien que bas-seuil, permet de « meubler » le quotidien de la personne.

^{cc} Comme ces offres existent déjà, une meilleure information les concernant est nécessaire.

Réduction des risques

Dans le domaine de la réduction des risques, le développement de la consommation contrôlée est plutôt mis en avant par les experts et les Romands. Ce modèle constitue une étape intéressante, dans la mesure où il peut être utilisé comme étape intermédiaire vers l'abstinence pour une personne peu motivée par cette dernière. Pour certains, le problème de ce terme est qu'il n'est pas très positif contrairement à « KonsumKompetenz », mais ce dernier ne semble pas très approprié dans le domaine de la dépendance.

Prisons

La prise en charge des addictions en prison est un gros chantier. En effet, beaucoup de choses existent pour l'instant seulement sur le papier. Il faut néanmoins distinguer entre exécution des peines, où la situation est relativement bonne et la préventive, où la situation est mauvaise, au moins en Suisse romande. Des personnes peuvent faire de longs séjours en préventive et, comme souvent il n'y a pas de médecins de garde et/ou d'infirmiers, les prises en charge sont au mieux lacunaires. L'amélioration de la prise en charge en préventive est une priorité claire, également pour ce qui concerne les drogues légales (alcool et tabac). La Conférence des médecins pénitentiaires suisse et/ou une nouvelle plate-forme de coordination, issue du projet BIG de l'OFSP pourraient se charger de ce problème. Il faudrait utiliser cette nouvelle structure.

Infirmiers de pratique avancée

Le modèle du recours aux infirmiers de pratique avancée pour décharger les médecins est un important modèle alternatif à développer pour répondre aux besoins, car il peut être utile dans différents domaines, comme la substitution, le triage, l'éducation thérapeutique, voire même la réduction des risques. Mais des formations continues sont nécessaires.

Il faut aussi mieux utiliser les assistantes médicales, car elles peuvent jouer un grand rôle dans les cabinets. Il faut donc augmenter leur niveau de formation, notamment dans certaines tâches d'éducation thérapeutique pour soulager les médecins, le personnel Spitex et/ou les assistantes en pharmacie. Lié à cette problématique des assistantes médicales, le modèle du recours aux médecins de famille est une grande priorité qu'il faut mettre en avant et fortement développer.

Migrants

La prise en charge des migrants doit aussi être grandement améliorée. Pour ce faire, le modèle vaudois, avec « Appartenances ^{dd} », pourrait servir de base. Il s'agit d'avoir des traducteurs compétents et formés pour favoriser la communication interculturelle et éviter certains malentendus, mais ce modèle coûte cher. Il faudrait aussi orienter des personnes migrantes dans les formations en lien avec la dépendance. Une action importante consisterait à impliquer la communauté pour diminuer la précarité.

^{dd} <http://www.appartenances.ch>

Personnes âgées

Même si cela devient un thème important, la prise en charge des personnes âgées et dépendantes ou des dépendants qui vieillissent n'est pas forcément une priorité. Néanmoins, les institutions doivent se préparer aux deux situations, en développant par exemple des EMS avec des personnes qui viennent en appui pour les dépendants vieillissants. Ici aussi il faut faire la différence entre finance et « fachlich ». La question de la dépendance à l'alcool ou aux médicaments chez les personnes âgées est un phénomène connu. Une approche basée sur la consommation contrôlée pourrait être développée.

Jeunes/adolescents/jeunes adultes

L'intégration du travail avec la famille dans la prise en charge des personnes dépendantes est une priorité, car non seulement les enfants de parents dépendants sont souvent oubliés, mais aussi les parents d'enfants dépendants, quel que soit l'âge de ces derniers. C'est important de développer leur prise en charge dans le réseau en général. Souvent pour les jeunes/adolescents/jeunes adultes, l'intégration des parents est difficile, plus en raison des institutions que des parents. Il y a beaucoup à développer dans la formation des parents, pour qu'ils comprennent et supportent mieux la dépendance de leur enfant et, ainsi collaborent mieux. Il faut une approche systémique, c'est-à-dire qu'il ne faut pas prendre en compte que la famille au sens strict, mais élargir au réseau de l'utilisateur.

6.3 Formation

En ce qui concerne la formation, il faudrait plutôt miser sur des modules d'apprentissage d'une attitude (« Haltung ») générale par rapport à la dépendance, c'est-à-dire qu'il faut former le personnel qui peut être ponctuellement en contact avec des personnes dépendantes (structures ordinaires) au fait que la dépendance est une maladie et qu'ils ont un rôle à jouer.

Même si, durant le panel de validation, certains experts se sont demandés pourquoi il faudrait améliorer les connaissances générales de la population du domaine de la dépendance, certains éléments devraient idéalement quand même être développés. Ainsi, une meilleure vulgarisation des connaissances et des informations générales sur les options face aux addictions, serait utile. En particulier, les thématiques suivantes devraient être élargies à l'ensemble de la population :

- dangerosité/ potentiel addictif des différentes substances/ comportements
- distinction entre consommation problématique et dépendances
- dangers de la multi-consommation
- développements de la neurobiologie.

L'amélioration de la formation de base dans le domaine de la dépendance de tous les personnels médicaux, sociaux, éducatifs reste une priorité.

Le personnel étranger doit être également formé à l'approche politique suisse en ce qui concerne les dépendances. Comme l'ont souligné certains experts, cela dépend des régions.

En résumé, la posture générale qu'il faudrait adopter va plutôt dans le sens d'un apprentissage sociétal (« Soziales-Lernen ») sur la question des dépendances.

7

Conclusions et recommandations

7 Conclusions et recommandations

7.1 Conclusions

Pour réaliser cette étude, nous avons combiné différentes méthodes pour faire ressortir les besoins, c'est-à-dire une revue de la littérature et une analyse des données secondaire (Module 1), des interviews d'experts (Module 2), un questionnaire Internet (Module 3), deux workshops avec des spécialistes du domaine (Module 4), ainsi qu'un panel de validation des résultats intermédiaires (Module 5). Malgré l'approche méthodologique quasi exhaustive retenue dans le cadre de cette analyse des besoins, il est tout à fait possible que certaines informations nous aient échappées.

La mise en commun des résultats des ces différentes modules permet de répondre aux questions de départ posées par l'OFSP :

- 1) Existe-t-il actuellement des besoins en traitement pour lesquels il n'existe aucune offre appropriée ?
 - La réponse à cette question est négative. Tous les experts s'accordent à dire que le territoire suisse est relativement bien couvert et que rares sont les personnes qui passent entre les mailles du filet. De manière générale, les jeunes qui posent problème tombent un peu entre 2 systèmes. Ils ne sont pas adaptés pour le système « Sucht » parce qu'il concerne les gens plus âgés pour lesquels la socialisation est différente, et, dans les institutions « normales », leur prise en charge est inadéquate parce qu'ils posent des problèmes auxquels l'institution n'arrive à répondre que par l'exclusion. Il ne sert à rien de réinventer la roue, mieux vaut l'adapter à la situation existante. Certains « phénomènes » voient leur importance augmenter, notamment l'augmentation des demandes de prises en charge pour une dépendance à Internet^{ee}, le vieillissement de la population des personnes dépendantes et l'évolution des consommateurs de cocaïne.
 - Des questions quant à leur intégration dans le système se posent. Par exemple, en ce qui concerne les addictions sans substance, une offre de prévention importante existe, sur Internet notamment, mais il y a encore un manque de structures adéquates, surtout dans la mesure où les personnes concernées ne se reconnaissent pas dans la prise en charge « classique ».
- 2) Quels groupes ne sont pas ou sont insuffisamment atteints par l'offre existante?
 - Certaines populations restent plus fragiles et méritent une amélioration des offres les concernant:

^{ee} Même si ce phénomène est encore marginal et peu connu, il n'en demeure qu'il suscite des inquiétudes

- Les jeunes et les très jeunes : En ce qui concerne cette population, il convient, peut-être, plus que pour toute autre population, de faire la différence entre dépendance et consommation à risque. En effet, le passage à l'adolescence, puis à la vie adulte, est une période d'importants changements marquée par une volonté d'expérimentation. Il n'en reste pas moins que certains commencent à consommer (très) tôt. La prévention/promotion de la santé visant cette population doit être améliorée, car il a été mentionné le peu de pertinence des interventions préventives actuelles.
 - Les personnes âgées : cette population peut se séparer en deux groupes. D'une part, il faut mieux prendre en charge les personnes âgées qui développent une consommation problématique. Cette prise en charge devrait se faire de manière prioritaire par les médecins de famille.
 - D'autre part, les personnes dépendantes vieillissantes ont besoin de prise en charge de type EMS assez lourde, car elles développent d'importantes polymorbidités somatiques et psychiatriques, souvent cumulées avec une désinsertion sociale.
 - Les familles : (Trop) souvent, les familles ou les proches ne sont pas intégrés dans les systèmes de prises en charge des personnes dépendantes et ce quel que soit leur âge^{ff}. Une meilleure compréhension de la dépendance par l'entourage de la personne permet à cette dernière d'être mieux soutenue.
 - Les migrants : comme souvent les migrants ne connaissent pas bien le système en place pour différentes raisons liées à la compréhension de la langue et/ou à l'accès à l'information, ils arrivent dans le système par la porte des urgences et souvent dans des périodes de grandes crises. Une meilleure prise en charge passe aussi par une meilleure compréhension mutuelle.
 - Les personnes fortement désinsérées socialement : cette population est une des populations les moins bien desservies, car elle est considérée comme difficile. Elle peut être prise en charge dans des centres à très bas seuil d'accès.
 - Les consommateurs de cocaïne : c'est une population qu'on ne connaît pas bien. En particulier, une partie des consommateurs de cocaïne ne vient pas de la scène traditionnelle, mais fréquente plutôt le milieu festif et est plutôt bien intégrée. Parmi ceux-ci certaines personnes socialement bien intégrées ont des consommations problématiques qui ne bénéficient pas d'une prise en charge adéquate. C'est donc une population plus difficile à atteindre, pour laquelle des approches disponibles sur internet devraient encore être renforcées.
- 3) A quels genres de problèmes liés à la dépendance et à quels nouveaux besoins des clients les structures œuvrant dans le domaine de la dépendance sont-elles confrontées?

^{ff} C'est-à-dire les enfants de parents dépendants et les parents d'enfants dépendants, quel soit l'âge des uns et des autres

- Les poly consommations
 - Les comorbidités psychiatriques
 - Les personnes fortement désinsérées socialement : comme nous l'avons mentionné, c'est une population difficile d'accès. De plus ce sont souvent des cas lourds. Le développement de structures à très bas seuil d'accès avec consommation contrôlée pourrait servir de porte d'accès vers une prise en charge plus « lourde ».
 - Les populations pour lesquelles on manque de données, donc d'informations : Il faut des recherches sur les consommateurs de cocaïne qui sont insérés et sur les détenus. En effet, pour pouvoir donner de véritables pistes d'amélioration, il faut d'abord connaître les populations.
- 4) Quels sont les besoins d'adaptation du système de prise en charge nécessaires concernant soit les groupes-cibles de services, soit les types d'offres - en particulier le besoin en nouveaux concepts/modèles de prise en charge pour répondre à l'évolution des besoins?
- Les structures ordinaires dans lesquels des professionnels ponctuellement concernés par les addictions doivent être sensibilisés aux thématiques des addictions.
 - Le domaine social spécialisé: des offres dans ce domaine (logement, travail, aides au désendettement, ...), mais surtout des informations les concernant⁹⁹, sont prioritaires. Un des problèmes souvent mentionnés est celui de l'accès au marché du travail, car ce dernier permet notamment d'améliorer l'estime de soi et de structurer les journées. L'accès (et la remise) au travail n'étant pas toujours possible, l'accueil de jour et l'occupationnel deviennent d'importantes mesures de réinsertion sociale.
 - L'approche en réseau : on peut voir cette approche de deux manières complémentaire. D'un côté, on regarde le système dans son ensemble et on tente de créer des liens entre les prises en charge des différentes substances et entre les différentes « places » (bas-seuil, ambulatoire, résidentiel). A l'extrême on tend vers un modèle de guichet unique.
 - D'un autre côté, l'approche en réseau considère le point de vue de l'individu et correspond à un modèle de type case management ou référent. Dans ce type de modèle, on prend en charge l'utilisateur et on le guide dans le système. Ce type de modèle semble très utile pour la prise en charge des cas difficiles, car il permet d'éviter de renvoyer l'utilisateur d'un service à l'autre. Mais c'est un modèle qui prend du temps et qui coûte cher en ressources.
 - Pour fonctionner correctement, le système a besoin d'un financement adéquat, puisque la prise en charge coûte en termes de postes de travail et de structures. Donc, plutôt qu'augmenter le financement, il faudrait, dans un premier temps, veiller à ne pas le diminuer et travailler sur les modèles de financement pour faciliter le décloisonnement entre les divers types de prise en charge et les différents systèmes spécifiques.

⁹⁹ Comme ces offres existent déjà, une meilleure information les concernant est nécessaire.

- La place des médecins de manière générale et principalement les médecins de famille doit être renforcée. Il faut donner plus d'importance au médecin de famille dans la prise en charge, notamment dans la prescription de méthadone et, éventuellement, d'héroïne, car c'est lui qui souvent connaît le mieux l'état de santé et les problèmes de la personne. Ils doivent être mieux formés et il faut pouvoir assurer la relève ; parfois la nouvelle génération supporte moins la prise en charge d'une population dépendante jugée parfois comme difficile.

5) Comment ces structures font-elles face à l'accroissement de l'usage de multiples substances (multi-consommation)?

- Tant les structures, que les experts et les spécialistes du domaine ont mis en avant le problème de la multiconsomption comme étant prioritaire, d'autant plus qu'il a souvent été fait mention d'une prise en charge lacunaire de ces personnes poly consommatrices. A défaut d'informations sur les solutions apportées par les structures, il est possible ici de développer des pistes de réflexion. Il est nécessaire d'abandonner la distinction drogue légale/illégale dans la prise en charge des addictions et de viser/poursuivre une approche globale de la dépendance.

Il faut encore mentionner ici le problème de l'accès à un système de prise en charge des dépendances pour les détenus. Peu de données sont à disposition concernant cette population. Selon les guidelines de l'OMS, il faudrait, dans la mesure du possible, viser l'équivalence entre le milieu carcéral et l'extérieur. Si la situation dans le domaine de l'exécution des peines semble relativement bonne, il n'en va pas de même de celle de la préventive, où la situation peut être qualifiée au mieux de lacunaire. En résumé, c'est encore un gros chantier.

De manière générale, une approche en réseau et décroisée du système de prise en charge est souhaitable, dans la mesure où elle permet de réunir autour d'une table les principaux acteurs et de développer des approches transversales, à savoir créer des passerelles entre différentes offres qui se marient de manière insuffisante, à savoir la collaboration entre le socio-éducatif, le médical et le psychiatrique, ainsi qu'entre le bas-seuil, l'ambulatoire et résidentiel. On pourrait (devrait) même aller plus loin en développant des modèles de guichet unique, à savoir qu'une seule porte d'accès au système de prise en charge existe quel que soit le problème, à l'image de ce qui se fait en Valais. L'impulsion de l'Etat (cantons/Confédération) est néanmoins nécessaire pour changer des modèles de prise en charge parfois arc-boutés sur leurs acquis.

7.2 Recommandations

Au niveau politique et financier, il est nécessaire d'abandonner la distinction drogue légale/illégale dans la prise en charge des addictions et de viser/poursuivre une approche globale de la dépendance. L'OFSP devrait développer un concept de politique globale « Addictions ». Plus précisément, ce concept servirait de base à l'élaboration de lignes directrices visant un décroisement des politiques de prise en charge et de prévention dans le domaine de la dépendance.

Ce qui doit être amélioré dans ce domaine (et qui est en voie de l'être), ce sont tous ces ponts, ces passerelles à faire entre les différentes offres qui ne se marient pas encore, à savoir la collaboration entre le socio-éducatif, le médical et le psychiatrique, ainsi qu'entre l'ambulatoire et le résidentiel. Il faudrait également renforcer les compétences des professionnels ponctuellement concernés par le thème des addictions et qui travaillent dans les structures ordinaires. L'importance de l'approche en réseau est connue depuis longtemps, mais il semble qu'à l'exemple du canton de Vaud avec la mise sur pied des différents dispositifs d'indication, l'impulsion de l'Etat est nécessaire pour forcer les gens à travailler ensemble et à adhérer à un projet.

Pour lancer ce projet, une première étape consisterait à faire l'inventaire, dans la mesure du possible, de l'ensemble des expériences cantonales et/ou communales de « politique des addictions ». La mise sur pied d'une journée de réflexion portant sur ces différentes expériences et réunissant les principaux acteurs clés semble nécessaire. L'OFSP, par exemple par le biais d'Infodrog, pourrait organiser cette journée nationale d'échanges.

Les organisations faitières qui travaillent déjà soit sous la forme de groupes de travail pour le FVS ou par le biais de plateformes pour le GREA, jouent un rôle central dans la circulation de l'information en ayant un lien proche du terrain. Le renforcement de la collaboration et de la coordination entre le FVS et le GREA devrait encore être développé. De plus, l'articulation de ces différentes organisations (FVS, GREA, mais aussi Ticino Addiction^{hh}) avec l'OFSP est peu claire. Un effort d'amélioration, dans le sens de plus de transparence, est à prévoir.

Au niveau politique, la prévention/promotion de la santé mériterait d'être repensée et améliorée, notamment celle visant les jeunes. En effet, les interventions préventives actuelles sont peu pertinentes et ont un coût élevé en regard des résultats.

En ce qui concerne le financement, plutôt qu'augmenter le financement, il faudrait, dans un premier temps, veiller à ne pas le diminuer. Au niveau cantonal, les différents services concernés pourraient se réunir et voir dans quelle mesure des doublons existent et, en fonction, améliorer la circulation des flux financiers. Dans le but de faciliter le décloisonnement des types de prise en charge et de substances, il faudrait travailler sur les modèles de financement, en comparant par exemple, ce qui se fait actuellement dans tous les cantons et quels sont les modèles de financement les plus appropriés, à l'exemple de ce qui a déjà été entrepris dans le cadre du financement des traitements résidentiels¹.

Au niveau des populations concernées, la prise en charge de type EMS pour des personnes dépendantes vieillissantes doit être développée, surtout que cette prise en charge est souvent lourde car elles développent d'importantes polymorbidités somatiques et psychiatriques, souvent cumulée avec une désinsertion sociale.

La place des (très) jeunes dans le système devrait être repensée dans le sens d'une amélioration de leur prise en charge dans des suivis et des traitements plus « youth friendly ». En effet, les jeunes dépendants se retrouvent dans un système fait pour des personnes plus âgées pour lesquels la socialisation est différente et dont la prise en charge est forcément inadéquate.

^{hh} <http://www.ticinoaddiction.ch>

(Trop) souvent, les familles ou les proches ne sont pas intégrés dans les systèmes de prises en charge des personnes dépendantes et ce quel que soit leur âge. Une meilleure compréhension de la dépendance par l'entourage de la personne permet à cette dernière d'être mieux soutenue.

Les consommateurs de cocaïne forment une population encore peu connue, surtout les consommateurs qui ne viennent pas de la scène de la drogue (moins de problèmes avec d'autres substances, très rarement sans formation, généralement en emploi, peu d'expérience de prise en charge antérieure, augmentation de la consommation festive et peu marginalisés). Comme il n'y a pas de prise en charge structurée de cette population, il faut promouvoir notamment le développement de plateformes Internet, car elles permettent d'atteindre cette population, ainsi que les autres approches plus classiques.

Au niveau des services et modèles de prise en charge, la première priorité est le développement de l'approche en réseau, à savoir toutes les passerelles entre les différentes offres qui coexistent sans vraiment se rencontrer, à savoir la collaboration entre le socio-éducatif, le médical et le psychiatrique, ainsi qu'entre l'ambulatoire et résidentiel. De plus, les experts trouvent qu'une approche basée sur une plateforme d'échanges pour les « cas lourds » avec la présence de la personne concernée est intéressante, approche encore peu connue en Suisse. Ce type particulier de modèle de « case management » mérite une meilleure visibilité.

L'impulsion de l'Etat est nécessaire pour inciter les gens à travailler ensemble et à adhérer à un projet. Il serait donc intéressant de favoriser l'échange d'expériences et de modèles de « case management et de prise en charge des « cas lourds » qui sont utilisés dans certains cantons ou villes. Ces échanges d'expériences pourraient être réalisés soit sous le leadership de l'OFSP ou d'Infodrog, soit au niveau régional par le FVS et le GREA. De même une journée nationale d'échange sur les systèmes d'indication qui sont à ce jour essentiellement développés en Suisse romande serait utile.

La prise en charge sociale (travail, logement, ...) doit être améliorée, notamment les collaborations avec les personnes non expertes du domaine des addictions (AI, ORP, CMS...) ⁱⁱ. Le travail permet l'amélioration de l'estime de soi et favorise la socialisation. Il faut donc que l'accueil de jour et l'occupationnel deviennent d'importantes mesures de réinsertion sociale, l'accès (et la remise) au travail n'étant pas toujours possible.

Le développement de plateformes Internet permet non seulement d'atteindre certaines populations qui n'utilisent pas la prise en charge « traditionnelle », mais aussi de développer des modèles de prévention, comme le montre les sites www.stop-tabac.ch ou www.stop-cannabis.ch par exemple, et de mettre en place des thérapies « guided self-based » ^{jj} qui semblent efficace dans la prise en charge de consommateurs de cocaïne par exemple ³. Le modèle du recours aux infirmiers de pratique avancée pour décharger les médecins est un modèle alternatif à

ⁱⁱ Cette forme de collaboration, développée en Valais notamment, a été lancée dans le cadre de l'approche de collaboration interinstitutionnelle (CII) qui a été lancée au niveau national en 2000, suivi par le projet CII-MAMAC (« Medizinisch-arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management) développé en 2005.

^{jj} La notion de « guided self-help » peut se définir comme une utilisation d'Internet pour partager de l'information dans le sens où le partage d'information est complété par de l'échange de contenu, avec le soutien régulier d'un thérapeute ².

développer en priorité, car il permet de décharger les médecins dans différents domaines, comme le suivi des traitements au long court de type substitution par exemple, le triage, l'éducation thérapeutique, voire même la réduction des risques. Lié au développement de ce type de modèle, celui du recours aux médecins de famille doit aussi être mis en avant et fortement développé, notamment dans les traitements de substitution, car c'est lui qui souvent connaît le mieux l'état de santé et les problèmes de la personne. De plus, de part sa position, le médecin de famille peut aussi prendre en charge d'autres problématiques liées à la dépendance (alcool, tabac, jeux, ...).

Au niveau des formations, non seulement les médecins qu'ils soient spécialisés ou médecins de famille doivent être mieux formés, car il faut pouvoir assurer la relève, mais aussi les assistantes médicales, le personnel Spitex et/ou les assistants en pharmacie, car ils peuvent prendre en charge certaines tâches d'éducation thérapeutique pour soulager les médecins.

De manière générale, l'amélioration de la formation de base dans le domaine de la dépendance de tous les personnels médicaux, sociaux, éducatifs est une priorité.

Il faut enfin améliorer les connaissances de la population générale, ce qui permettrait une meilleure compréhension de la dépendance.

8

Références

8 Références

- 1 Gehrig M, Künzi K, Stettler P. Financement du traitement résidentiel des dépendances. Situation actuelle, nécessité d'intervenir et possibilités d'action – rapport final. BASS, 2012
- 2 Hohl É, Berger T, Bergström J, Andersson G, Caspar F. Caractéristiques et évidences empiriques des traitements psychologiques basés sur Internet. Journal de thérapie comportementale et cognitive. 2010;20:2-10.
- 3 Infodrog. e-Addictions, portail suisse des addictions - plan de réalisation. Berne: Infodrog, 2012
- 4 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Indicateurs de résultats du Promedro III, Situation à fin 2011 Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012. (Raisons de santé 196).
- 5 Windlin B, Kuntsche E, Delgrande Jordan M. Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz : zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand : Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBS). Forschungsbericht / Sucht Info Schweiz 2011;58.
- 6 Maffli E, Delgrande Jordan M, Schaaf S, Schaub M. Rapport annuel act-info 2010. Berne, 2011
- 7 Gervasoni J-P, Balthasar H, Huissoud T, Jeannin A, Dubois-Arber F. A high proportion of users of low-threshold facilities with needle exchange programmes in Switzerland are currently on methadone treatment: Implications for new approaches in harm reduction and care. International Journal of Drug Policy. 2012;23(1):33-6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395911000971>
- 8 Gervasoni J-P, Blanc J, Fueglistaler G. Etude sur les jeunes consommateurs de drogues illégales en Suisse. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2013. (Raisons de santé 213).
- 9 Schaub M, Dickson-Spielmann M, Koller S. Offres de traitement pour les personnes ayant des problèmes d'alcool: analyse des besoins. Rapport final. Institut de recherche sur la santé publique et les addictions, 2011
- 10 Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives. Berne: Hans Huber; 2006.
- 11 Défi addictions. Berne 2010.
- 12 Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montréal: Editions nouvelles; 1995.
- 13 Gervasoni J-P, Gadiant N. Etude des jeunes consommateurs de drogues dures à Bienne et Berne. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2009. (Raisons de santé 151-a).
- 14 Lucia S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Consommation des jeunes et des jeunes adultes les fins de semaine. Institut universitaire de médecine sociale et préventive/Monitorage suisse des addictions, 2013. (Raisons de santé 197).
- 15 Hohl É, Berger T, Bergström J, Andersson G, Caspar F. Caractéristiques et évidences empiriques des traitements psychologiques basés sur Internet. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2010;20(1):2-10. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155170410000078>
- 16 Schaub M, Sullivan R, Stark L. Snow control - an RCT protocol for a web-based self-help therapy to reduce cocaine consumption in problematic cocaine users. BMC Psychiatry. 2011;11:153. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21943294>

- 17 Huissoud T, Gumy C, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : période 2008-2011. Les besoins des consommateurs de drogues : analyse et priorisation de ces besoins par les professionnels du réseau et besoins exprimés par les personnes concernées. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2010. (Raisons de santé 166).
- 18 Fondation le Relais. Projet de réinsertion professionnelle pour personnes souffrant d'addiction. Morges: Fondation le Relais, 2010
- 19 Herzig M, Feller A. "Ein Ort wo man sein kann". Die Zukunft der "Harm-Reduction" am Beispiel der Kontakt- und Anlaufstellen der Stadt Zürich. Zürich: Sozialdepartement der Stadt Zürich, 2008
- 20 Besson J, Grivel J, Tomei A, Babel H, Nunweiler S, Andronicos M, et al. Addictions. Rev Med Suisse. 2013;9:8-11. Available from: <http://rms.medhyg.ch/numero-368-page-8.htm>
- 21 Arnaud S, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Evaluation de la permanence téléphonique 0800 801 381 du Programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu (PILD). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2010. (Raisons de santé 170).
- 22 Sucht, GREA. Bestandesaufnahme der Angebote ni der Schweiz 2010 (Meilsteinen 4). Fachverband Sucht & GREA, 2011
- 23 Kuntsche S, Wicki M, Astudillo M, Grittner U, Bloomfield K, Gmel G. Cross-country and within-country assessment of educational status and its link with alcohol use. 38th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and epidemiological Research on Alcohol; June 4th – 8th 2012; Stavanger, Norway 2012.
- 24 Marmet S, Notari L, Gmel G. Suchtmonitoring Schweiz - Themenheft Internetnutzung und problematische Internetnutzung in der Schweiz im Jahr 2013. Lausanne: Sucht Schweiz, 2013 Available from: http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/marmet_t6flj7fkif.pdf
- 25 Projet de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction aux drogues illégales et à l'alcool. In: (DSAS) Ddlsedas, editor.: Etat de Fribourg; 2012. Available from: http://www.fr.ch/smc/files/pdf44/Projet_coordination_Rapport_CE_13_06_2012.pdf
- 26 Schaub M, Dickson-Spielmann M, Koller S. Offres de traitement pour les personnes ayant des problèmes d'alcool: analyse des besoins. Institut de recherche sur la santé publique et les addictions, 2011 Contract No.: 306

9

Annexes

9 Annexes

9.1 Offres de prise en charge dans le domaine de l'addiction sans substance, Suisse romande + Bâle, Berne & Zurich

Tableau 7 Offres de prise en charge dans le domaine de l'addiction sans substance, Suisse romande + Bâle, Berne & Zurich

Canton	Dispositif de soins/social	Utilisation des services
BE	4 Centres régionaux (Jura bernois, Berne, Emmental et Oberland) fournissent des prestations de prévention et de conseils	Pas de données
	Berner Schuldenberatung : 3 centres d'aide au désendettement	Pas de données
BS	Service psychiatrique de l'hôpital universitaire	Le service s'occupe de la prise en charge de patients dépendants aux jeux d'argent/hasard et fonctionne depuis 2010. Il compte 183 patients à la mi-2012 ^o
	Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB)	Centre multiculturel qui propose des offres de prévention, conseils et traitement dans le domaine des addictions.
	Plusminus	Ces deux services proposent une aide au désendettement
FR	Suchthilfe (Région Bâle)	Env. 10 cas par année (env. 5% de la clientèle)
	Unité de traitement ambulatoire	1 dossier ouvert en 2007
GE	Caritas FR (membre DCS)	635 consultations en 2007 (246 face à face & 389 par téléphone ou mail)
	Rien Ne Va Plus, Genève	21 patients en 18 mois
	L'Envol (Phénix), Genève	12 patients actuellement ^{kk} (3% de la file active)
	MD Consultations, Genève	10 patients en 17 mois (3% de la patientèle)
	HUG-NANT, Genève	1 dossier de temps en temps
	Caritas GE (membre DCS)	Non contacté
JU	Centre social protestant (membre DCS)	
	Pas de dispositif sanitaire	1 situation depuis la mise en place de la procédure (février 2007)
NE	Caritas JU (service dettes) (membre DCS)	3 cas en 2007
	Drop In, Neuchâtl	A ouvert au printemps 2008
	La Balise, La Chaux-de-Fond	1-2 dossiers par année
	Caritas NE (membre DCS)	Pas contacté

^{kk} L'étude a eu lieu entre mai et juin 2008.

Canton	Dispositif de soins/social	Utilisation des services
VS	Centre social protestant (membre DCS)	15 cas (soit 2.4% de la clientèle) en 2006, 18 cas en 2007 et 45 cas en 2008
	Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (Sion, Sierre, Brigue, Martigny et Monthey), en partenariat avec le réseau médico-psycho-social	2% des dossiers ouverts ont pour origine une dette liée au jeu
VD	Caritas VS (service dettes, Sion et Brigue) (membre DCS)	60-80 demandes annuelles
	Centre du jeu excessif, Lausanne	Service désendettement ouvert en octobre 2008, pas encore de données
	Caritas VD (membre DCS)	Nombre de cas anecdotique
ZH	Centre social protestant (membre DCS)	pas de données, mais il s'agit d'un centre de prévention et de conseils.
	Zentrum für Spielsucht und andere Verhaltenssuchte	Le canton Zurich ne fait pas partie de la plateforme www.sos-jeu.ch / www.sos-spielsucht.ch
CH	Le service de psychiatrie de l'hôpital universitaire	75 cas en 2006 où le jeu pathologique représente le problème principal, soit 1.5% des prises en charge ambulatoires
BE	Secteur ambulatoire (68/223 institutions) (statistique Act-Info)	En tant que problème secondaire, le jeu n'apparaît que rarement (0.1% auprès des clients dont l'alcool est le principal problème, 0.4% des clients cocaïne et 5.3% pour les autres substances).
	Secteur traitement alcool 15/20 institutions) (statistique Act-Info)	Pas de cas où le jeu représente le problème principal. En revanche, le jeu apparaît comme problème secondaire chez 1% (N=10) des patients admis pour des problèmes d'alcool.
	Dettes Conseil Suisse (DCS)	Pour 2007, 4.7% des dossiers ouverts par les membres DCS en Suisse avaient pour cause d'endettement "la dépendance au jeu". Pour la Suisse romande, il s'agit de 21 dossiers sur 1'045, soit 2%.

* Chiffres cités par la *Basler Zeitung* du 23.07.2012
Source: Arnaud et al 2009, 32

9.2 Dispositifs de soins pour les personnes dépendantes à Internet

Tableau 8 Dispositifs de soins pour les personnes dépendantes à Internet

Canton	Dispositif de soins/social	Utilisation des services
AG	✓	Mais beaucoup de retard: manque de formation, de connaissance sur le thème Cyberdépendance et de prise en charge pour ce type de problèmes
AI	✗	Orienté vers ce qui se passe à St-Gall
AR	✗	Orienté vers ce qui se passe à St-Gall
BE	✓	Le département de la santé publique du canton a un mandat clair pour l'offre de prestations dans le domaine de la cyberdépendance (prévention et conseils) Le canton propose également une offre spécifique pour les problèmes de dépendances au sexe et à la pornographie. Manque quand même d'informations

Canton	Dispositif de soins/social	Utilisation des services
BL	x	Quelques institutions s'occupent de cyberdépendance, mais pas de mandats clairs, ni de programmes (avec objectifs) de prévention établis.
BS	x	Depuis octobre 2010, mise en place d'un nouveau concept de prise en charge global, avec objectif de centraliser les conseils en ce qui concerne la dépendance aux jeux et la cyberdépendance.
FR	✓	Un volet prévention avec l'association REPER notamment, et un volet prise en charge et traitement avec le RFSM.
GE	✓	Soutien de la part du DARES pour les volets prévention et soins. Plusieurs structures sont spécialisées dans le traitement de la cyberdépendance et, plus généralement des addictions sans substance (cf. Tableau YY).
GL	x	Ce canton entretient un réseau avec les cantons de SG, SZ, et, de manière plus générale, avec l'ouest de la Suisse. Prise en charge ambulatoire dans l'institution "Sonnenhügel", y compris la dépendance au sexe et à la pornographie. En ce qui concerne la prévention, l'association wuweg est responsable, sur mandat explicite du canton.
GR	x	Le canton entretient des liens avec St-Gall et l'ouest de la Suisse. La prise en charge dépend des services sociaux régionaux.
JU	x	Rien n'est fait dans ce domaine de manière précise. Il n'y a pas d'offre de prestations spécifiques dans le domaine de la cyberdépendance.
LU	✓	Lucerne a un rôle central en Suisse centrale. Les SozialBeratungsZentren occupent une place centrale dans la prise en charge des addictions comportementales, mais s'il n'y a rien de spécifique en ce qui concerne la cyberdépendance, sauf en ville de Lucerne, où une offre spécifique pour les jeunes existe. Celle-ci s'occupe également des autres dépendances possibles. Besoins de formation continue dans le domaine, ainsi que d'interventions précoces.
NE	✓	Cyberdépendance intégrée de manière implicite dans le "Concept addictions" du canton sous "autres dépendances". La Fondation Neuchâtel Addiction (FNA) a plusieurs centres de prévention et de traitements dans le canton, qui abordent toutes formes d'addictions, y compris les addictions sans substance.
NW	x	Le parlement a débloqué un crédit pour la prévention, mais son utilisation n'a pas été clairement définie. Nidwald et Obwald travaille de concert sur les problèmes des addictions
OW	≈	Ce canton a développé un projet pour couvrir la demande des écoles en ce qui concerne les addictions comportementales, mais, dans la mesure où l'avenir des relations dans ce domaine entre NW et OW n'est pas clairement établi, le futur de ce projet reste incertain. Les personnes dépendantes au sexe et/ou à la pornographie sont prises en charge dans le canton de Lucerne.
SG	✓	Même si la structure est complexe dans ce canton (régionalisation de l'offre), la répartition des tâches est claire, mais il n'y a pas de mandats de prestations clairs dans le domaine de la cyberdépendance. Un sexologue prend en charge les problèmes d'addiction au sexe et/ou à la pornographie. Nécessité d'améliorer l'information et la sensibilisation du public dans le domaine de la cyberdépendance.
SH	x	Une offre de conseils concernant la cyberdépendance est offerte par l'association Jugendfragen, Prävention und Suchthilfe.
SO	x	Nécessité d'améliorer l'information et la sensibilisation du public dans le domaine de la cyberdépendance.
SZ	x	Le canton travaille de son côté et la police fait un travail de prévention avec l'Internetkriminalität Präventionsarbeit. Un besoin de formation dans le domaine de la cyberdépendance pour les professionnels est demandé.
TG	x	Travaille en réseau avec les cantons de l'ouest de la Suisse (AI, AR, GL, GR, SG). Besoin de mise en place d'un réseau intracantonale, entre les secteurs ambulatoire et stationnaire.
TI	x	Pas de mandat spécifique du canton. Le Gruppo Azzardo Ticino travaille depuis plusieurs années dans le domaine des addictions sans substance. Radix Tessin développe des campagnes de prévention.
UR	✓	Nécessité d'améliorer l'information et la sensibilisation du public dans le domaine de la cyberdépendance.

Canton	Dispositif de soins/social	Utilisation des services
VD	✓	Mandat précis du canton donné au centre du jeu excessif (CJE), la cyberaddiction est comprise de manière implicite dans ce mandat. Le CJE couvre aussi bien de la prévention que du traitement ou de la formation.
VS	✓	Mandat donné à la LVT pour s'occuper de la prévention et du traitement dans le domaine du jeu excessif, mandat étendu à la cyberdépendance.
ZG	✓	
ZH	✓	Ce canton offre des institutions spécialisées tant dans la prévention que dans le traitement. Un besoin d'informations épidémiologiques existe (il faut faire de la recherche dans le domaine!), mais aussi de coordination inter cantonale.

9.3 Liste d'experts

Tableau 9 Liste d'experts

Interview	Institution	Domaines concernés (Consommation/comportement)	Population(s) concernée(s)	Service(s) concerné(s)
Baumberger, Petra	Fachverband Sucht	Tous	Tous	Tous
Berthel, Toni	Service Psy Winterthur, EKDF	Tous	Tous	Ambul
Boudier, Bruno	Résidentiel (Suisse romande)	Drogues légales/illégal	Tous	Rés
Broers, Barbara	CoRoMa	Tous	Tous	Ambul/Rés
Buecheli, Alexander	Milieu festif (Suisse alémanique)	Drogues légales/illégal	Jeunes	Ambul /BS
de Angeli, Guido (TI)	Milieu festif (Suisse italienne)	Drogues légales/illégal		Ambul /BS
Eckmann, Franziska	Infodrog	Tous	Tous	Tous
Eidenbenz, Franz	Jeu (Suisse romande)	Jeu + Internet	Tous	Ambul
Ernst, Marie-Louise	Problématique genre	Tous	Femmes	Tous
Feller, Andrea	Ville ZH	Drogues illégales	Tous	BS
Galley, Liliane	OFAS	Tous	Tous	Tous
Guéniat, Olivier	Police	Drogues légales/illégal		
Jann, Markus	OFSP	Tous	Tous	Tous
Kläuser, Charlotte	Dépistage précoce (Suisse alémanique)	Tous	Jeunes	Ambul
Knecht, Ray	Travail rue (Suisse alémanique)	Tous	Jeunes	BS
Mäder, Roger	Forum Sucht Ostschweiz			
Moser, Eric	Bienne ou Genève	Drogues illégales	Tous	BS
Richter, Frédéric	Jeu (Suisse alémanique)	Jeu + Internet	Tous	Ambul
Ritter, Catherine	Prison	Drogues illégales	Tous	
Savary, Jean-Félix	GREA	Tous	Tous	Tous
Stephan, Philippe	Dépistage précoce (Suisse romande)	Tous	Jeunes	Ambul
Thalmann, Urs	Résidentiel (Suisse alémanique)	Drogues légales/illégal	Tous	Rés
Wälchi, Martin	Problématique migrants	Tous	Migrants	Tous

9.4 Grille d'entretien pour les interviews d'experts

Tableau 10 Grille d'entretien pour les interviews d'experts

Thème	Question
Consommations	1 Quelles sont les évolutions des consommations (par substance et aussi pour les non-substances) ?
	2 Quelles sont les nouveaux types de consommations ?
	3 Quelles sont les nouvelles formes de multi-consommations ?
	4 Quels sont les nouveaux problèmes spécifiques qui sont mal ou insuffisamment pris en charge ?
Populations concernées	5 Quelles sont les évolutions des populations concernées et les nouvelles populations ?
	6 Quelles sont les populations insuffisamment desservies ?
Services	7 Quelles sont les offres existantes ?
	8 Quelles ont été les évolutions des services durant les 10 dernières années ?
	9 Quelles sont les nouvelles demandes de services ?
	10 Quels sont les problèmes et les lacunes dans la prise en charge, dans la réduction des risques et dans la prévention ?
Modèles de prise en charge	11 Quels sont les modèles de prise en charge qui fonctionnent bien ?
	12 Quelles sont les nouvelles offres développées pour répondre aux nouvelles demandes et aux nouveaux besoins ?
Formation professionnelle	13 Quels sont les nouveaux besoins en formation professionnelle et à quels niveaux ?
Continuité des soins et travail en réseau	14 Quelles sont les bonnes pratiques dans le domaine de la continuité des soins et du travail en réseau (par substances et si existant pour multi-substances) ?
	15 Quelles sont les nouveaux besoins dans le cadre de la continuité des soins et du travail en réseau ?

9.5 Les courriers électroniques, version française

9.5.1 Le mail de demande de participation

Chère participante, cher participant,

Nous vous invitons à participer à cette enquête en ligne portant sur les besoins de prise en charge des personnes dépendantes :

<https://wwwfbm.unil.ch/questionnaire/index.php?sid=12549&lang=fr>

Cette enquête s'inscrit dans un mandat de l'Office fédérale de la santé publique (OFSP), mené conjointement par l'Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et Addiction Suisse, dont le but est d'évaluer les besoins non ou insuffisamment satisfaits dans le domaine des addictions.

Ce questionnaire s'adresse aux institutions actives dans le domaine de la prise en charge de personnes dépendantes (y compris sans substance) et a pour but de valider les besoins et les populations préalablement identifiées.

La participation prend entre 15 et 20 minutes et est anonyme. Le rapport final sera disponible début 2014. Nous vous remercions d'avance de répondre à ce questionnaire d'ici au 14 juin 2013. En cas de problème(s) avec le questionnaire, n'hésitez pas à contacter Stéphane Luyet soit par e-mail, soit par téléphone au numéro mentionné ci-dessous.

Un grand merci pour votre participation,

Au nom de l'IUMSP et d'Addiction Suisse

Stéphane Luyet

CHUV

centre hospitalier universitaire vaudois

Stéphane Luyet- Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP),

IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive

BIO 2/00/139

Rte de la Corniche 10, CH - 1010 Lausanne

+41 (0)21 314 2946

stephane.luyet@chuv.ch

www.iumsp.ch

9.5.2 Le premier rappel

Chère participante, cher participant,

Nous nous permettons de vous rappeler l'invitation à participer à une enquête en ligne portant sur les besoins de prise en charge des personnes dépendantes qui vous a été envoyée le 27 mai 2013. Nous vous serions très reconnaissants de prendre 15 à 20 minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire, en suivant le lien ci-dessous, d'ici au 1er juillet 2013:

<https://wwwfbm.unil.ch/questionnaire/index.php?sid=12549&lang=fr>

Si vous avez déjà répondu à ce questionnaire, nous vous en remercions et vous prions de ne pas tenir compte de cet e-mail.

Cette enquête s'inscrit dans un mandat de l'Office fédérale de la santé publique (OFSP), mené conjointement par l'Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP) du Centre hospitalier

universitaire vaudois (CHUV) et Addiction Suisse, dont le but est d'évaluer les besoins non ou insuffisamment satisfaits dans le domaine des addictions.

En cas de problème(s) avec le questionnaire, n'hésitez pas à contacter Stéphane Luyet soit par e-mail, soit par téléphone au numéro mentionné ci-dessous. Un grand merci pour votre participation,

Au nom de l'IUMSP et d'Addiction Suisse

Stéphane Luyet

CHUV

centre hospitalier universitaire vaudois

Stéphane Luyet- Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP),

IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive

BIO 2/00/139

Rte de la Corniche 10, CH - 1010 Lausanne

+41 (0)21 314 2946

stephane.luyet@chuv.ch

www.iumsp.ch

9.5.3 Le second rappel

Chère participante, cher participant,

La fin de la période de récolte des données approchant, nous nous permettons de rappeler aux personnes qui n'ont pas encore répondu à notre questionnaire sur les besoins de prise en charge des personnes dépendantes qu'il est encore possible de le faire d'ici au lundi 1er juillet 2013, en suivant le lien ci-dessous :

<https://wwwfbm.unil.ch/questionnaire/index.php?sid=12549&lang=fr>

Pour celles et ceux qui y ont déjà répondu : nous vous remercions encore une fois pour le temps accordé à notre étude.

Avec nos meilleures salutations,

Au nom de l'IUMSP et d'Addiction Suisse

Stéphane Luyet

CHUV

centre hospitalier universitaire vaudois

Stéphane Luyet- Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP),

IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive

BIO 2/00/139

Rte de la Corniche 10, CH - 1010 Lausanne

+41 (0)21 314 2946

stephane.luyet@chuv.ch

www.iumsp.ch

9.6 Die E-Mails, deutsche Version

9.6.1 Die Einladung

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Wir laden Sie zur Teilnahme an der Onlinebefragung zur Bedarfsabklärung des Suchthilfesystems ein:

<https://wwwfbm.unil.ch/questionnaire/index.php?sid=12549&lang=de>

Diese Umfrage ist Teil eines Mandats des Bundesamts für Gesundheit (BAG), welches gemeinsam vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin (IUMSP) im Universitätsspital Lausanne (CHUV) und Sucht Schweiz durchgeführt wird. Ziel der Bedarfsabklärung ist es, in der Suchthilfe nur unzureichend oder überhaupt nicht abgedeckte Bereiche zu identifizieren.

Der Fragebogen richtet sich an aktiv im Suchthilfebereich (auch substanzungebunden) tätige Institutionen und hat zum Ziel die identifizierten Bedürfnisse und betroffenen Bevölkerungsgruppen zu validieren.

Die Teilnahme nimmt etwa 15 bis 20 Minuten in Anspruch und ist anonym. Wir bitten Sie den Fragebogen spätestens bis zum Freitag, 14. Juni 2013 auszufüllen. Bei allfälligen Problemen zum Fragenbogen wenden Sie sich bitten per E-Mail oder Telefon an Stéphane Luyet (Kontaktangaben siehe unten). Der Schlussbericht wird Anfang 2014 zugänglich sein.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Für das IUMSP und Sucht Schweiz

Stéphane Luyet

CHUV

centre hospitalier universitaire vaudois

Stéphane Luyet- Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP),

IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive

BIO 2/00/139

Rte de la Corniche 10, CH - 1010 Lausanne

+41 (0)21 314 2946

stephane.luyet@chuv.ch

www.iumsp.ch

9.6.2 Die erste Erinnerung

Liebe Umfrageteilnehmende, lieber Umfrageteilnehmender,

Wie möchten Sie an unsere Einladung zur Teilnahme an der Onlinebefragung zur Bedarfsabklärung des Suchthilfesystems erinnern (unser E-Mail vom 27. Mai 2013). Wir hoffen, dass Sie bis zum 1. Juli dazu kommen 15 bis 20 Minuten Ihrer wertvollen Zeit dieser Befragung widmen zu könnten. Folgen Sie hierzu dem folgenden Link:

<https://wwwfbm.unil.ch/questionnaire/index.php?sid=12549&lang=de>

Falls Sie an dieser Onlinebefragung bereits teilgenommen haben, möchten wir Ihnen hierfür herzlich danken! In diesem Fall brauchen Sie dieses E-Mail auch nicht weiter zu beachten.

Diese Umfrage ist Teil eines Mandats des Bundesamts für Gesundheit (BAG), welches gemeinsam vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin (IUMSP) im Universitätsspital Lausanne (CHUV) und

Sucht Schweiz durchgeführt wird. Ziel der Bedarfsabklärung ist es, in der Suchthilfe nur unzureichend oder überhaupt nicht abgedeckte Bereiche zu identifizieren.

Bei allfälligen Problemen zum Fragenbogen wenden Sie sich bitte per E-Mail oder Telefon an Stéphane Luyet (Kontaktangaben siehe unten). Der Schlussbericht wird Anfang 2014 zugänglich sein.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Stéphane Luyet

CHUV

centre hospitalier universitaire vaudois

Stéphane Luyet- Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP),

IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive

BIO 2/00/139

Rte de la Corniche 10, CH - 1010 Lausanne

+41 (0)21 314 2946

stephane.luyet@chuv.ch

www.iumsp.ch

9.6.3 Die zweite Erinnerung

Liebe Befragungsteilnehmende,

Die Zeit an der Onlinebefragung zur Bedarfsabklärung des Suchthilfesystems teilzunehmen neigt sich ihrem Ende zu. Wir erlauben uns deshalb diejenigen, die daran noch nicht teilgenommen haben, noch einmal daran zu erinnern, dass die Teilnahme noch bis zum kommenden Montag, 1. Juli möglich ist. Folgen Sie dazu einfach dem folgenden Link:

<https://wwwfbm.unil.ch/questionnaire/index.php?sid=12549&lang=de>

Bei denjenigen, die an der Onlinebefragung bereits teilgenommen haben, möchten wir uns an dieser Stelle noch einmal herzlich für die dazu geopferte Zeit bedanken!

Beste Grüsse

Stéphane Luyet

CHUV

centre hospitalier universitaire vaudois

Stéphane Luyet- Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP),

IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive

BIO 2/00/139

Rte de la Corniche 10, CH - 1010 Lausanne

+41 (0)21 314 2946

stephane.luyet@chuv.ch

www.iumsp.ch

9.7 Liste des participants aux workshops d'experts

Workshop du lundi 7 octobre 2013

Nom	Prénom	Institution	Commentaires
Stark	Lars	ARUD	Présent
Vouillamoz	Philippe	LVT	Présent
Mezzera	Tanya	Aargauische Stiftung Suchthilfe	Présent
Buecheli	Alex	Street Work Zurich	Malade
Broers	Barbara	HUG	Accident

Workshop du mercredi 9 octobre 2013

Nom	Prénom	Institution	Commentaires
Siegrist	Thomas	FVA	Présent
Fazan	Cédric	Le Tremplin	Présent
Ravinet	Benjamin	AACTS	Présent
Bitterli	Max	Contactnetz Berne	Présent
Müller	Fabian	Casa Fidelio	Présent
Lerch	Res	Reha-Zentrum Lutzenberg	Présent
Hoffmann	Regine	Zurich K+A	Présent

9.8 Ordre du jour des workshops d'experts

Workshop du lundi 7 et mercredi 9 novembre 2013

13h45-13h55 : Mot de bienvenue, objectifs du workshop et présentations des participants

13h55-14h30 : Présentation des résultats intermédiaires de l'étude sur l'analyse des besoins et discussion

14h30-14h40 : Courte pause

14h40-16h00 : Discussion des thèmes abordés lors du workshop

16h00-16h15 : Synthèse et prochaines étapes

9.9 Personnes invitées au panel de validation

Qui ?	Institution
Barbara Broers (absante)	SSAM
Erika Castro	CHUV
Eveline Bohnenblust	FoSuM.NW.ch
Franziska Eckmann	Infodrog
Jakob Huber	Contact NEtz
Jean Alain Dubois	COROMA
Roger Maeder	FoSuMOS
Sabine Schläppi	KKBS
Stefan Oles	Akzent LU
Bruno Erni	Fachverband Sucht
Susanne Schaa	FOS
Cédric Fazan	Directeur Tremplin/Président du GREA
Thomas Siegrist	Directeur FVA
Alex Buecheli	Street Work Zürich
Markus Jann	BAG Sektion Drogen
René Stamm	BAG Sektion Drogen
Atrid Wüthrich	BAG Sektion Drogen
Elise de Aquino	BAG Sektion Drogen
Consortium de recherche	
Etienne Maffli,	Addiction Suisse
Françoise Dubois-Arber,	IUMSP
Jean-Pierre Gervasoini, IUMSP	IUMSP
Stephane Luyet, IUMSP	IUMSP

9.10 Tableaux de synthèse

Les tableaux ci-dessous sont une synthèse des résultats des modules 1 (revue de la littérature), 2 (interviews d'experts) et 3 (enquête Internet). Les résultats présentés dans les colonnes sont indépendants les uns des autres et ces tableaux se lisent de la manière suivante :

- Littérature : le ✓ indique que l'item est mentionné dans la littérature.
- Experts : plus le nombre de points d'exclamation (!) est élevé, plus le nombre d'experts ayant mentionné cet item est élevé également, comme nous l'avons mentionné à début de la Section 3.

- Internet : Le résumé des résultats se lit de la façon suivante : lorsque c'est blanc, il y a très peu de répondant qui sont en accord avec l'importance de l'item et plus on va vers le rouge, plus il y a de répondants qui sont d'accord avec l'importance de l'item.

9.10.1 Populations concernées

Tableau 11 Populations concernées

	Littérature	Experts	Enquête internet							Priorisation
			total	Suisse allemande	Suisse romande + TI	ambulatoire	stationnaire	bas-seuil	Réinsertion sociale	
Les jeunes/les adolescents	✓	!!!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les jeunes adultes	✓	!!!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les personnes âgées avec addiction tardive	✓	!!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les personnes dépendantes vieillissantes	✓	!!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les détenus	✓	!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les parents dépendants avec leur enfant		!!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les enfants dépendants avec leur parent			■	■	■	■	■	■	■	■
Les personnes fortement désinsérées socialement	✓	!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les femmes	✓	!!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les hommes			■	■	■	■	■	■	■	■
Les migrants	✓	!!!	■	■	■	■	■	■	■	■
Les personnes avec comorbidités psychiatriques	✓	!!	■	■	■	■	■	■	■	■

Majorité de oui ■ ■ ■ ■ ■ Minorité de oui ■

9.10.2 Services et modèles de prise en charge

Tableau 12 Services et modèles de prise en charge

	Littérature	Experts	Enquête internet							Priorisation	
			total	Suisse allemande	Suisse romande + TI	ambulatoire	stafcomaire	bas-seuil	Réinsertion sociale		
Approche en réseau	✓	!!!	■	■	■	■	■	■	■	■	
Approche selon plusieurs méthodes	✓	!!!	■	■	■	■	■	■	■	■	
Supprimer la distinction drogue légale/illégale	✓	!!!				■				■	
Améliorer les transitions entre le résidentiel et l'ambulatoire		!!	■	■	■	■	■	■	■	■	
Prise en charge équivalente dans/hors prison	✓	!!				■	■		■		
Développer et soutenir les thérapies qui ont fait leur preuve	✓	!!	■	■	■	■	■	■	■	■	
Encourager les recours aux infirmiers de pratique avancée	✓	!				■					
Encourager le recours au médecin de famille	✓	!!				■					
Développer et améliorer la prise en charge des migrants	✓	!	■	■	■	■		■	■		
Développer/améliorer prise en charge personnes âgées dépendantes	✓	!	■	■	■		■	■	■		
Intégrer le travail avec la famille	✓	!!	■	■	■		■	■	■	■	
Développer des offres dans le domaine social	✓	!!	■	■	■		■	■	■	■	
Augmenter le financement		!!	■	■	■		■		■	■	
Développer des offres avec consommation contrôlée	✓	!!						■			

Majorité de oui ■ ■ ■ Minorité de oui □

9.10.3 Formations

Tableau 13 Formations

	Littérature	Experts	Enquête internet						Priorisation
			total	Suisse allemande	Suisse romande + TI	ambulatoire	stationnaire	bas-seuil	
Améliorer la coordination des formations continues		I			■		■		
Améliorer la formation de base	✓	!!!							
Développer les connaissances de la population générale dans le domaine des addictions		!!	■	■	■	■	■	■	■
Former le personnel étranger à la politique suisse des addictions		I	■	■		■		■	■
Intégrer les addiction sans substance dans le cursus		!!	■	■	■	■	■	■	■

Majorité de oui Minorité de oui

9.11 Sites Internet consultés

Tableau 14 Sites Internet consultés

Instituts/structures/organisations	Site internet
Infodrog	http://www.infodrog.ch
Institut de médecine sociale et préventive du CHUV	http://www.iumsp.ch
Office fédéral de la santé publique	http://www.bag.admin.ch
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	http://www.emcdda.europa.eu
	http://www.stop-tabac.ch
	http://www.stop-alcool.ch
	http://www.stop-cannabis.ch
	http://www.stop-jeu.ch
	http://www.suchtschweiz.ch
Le site de la Fondation « Addiction Valais »	http://www.addiction-valais.ch
Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheits- forschung Zürich	http://www.isgf.ch

