

Les bases du pilotage (inter-)cantonal de l'aide sociopédagogique et psychosociale dans le domaine des addictions

Rapport final

Jürgen StremLOW

Manuela Eder

Donat Knecht

Sabrina Wyss

Novembre, 2023

Mandante

La Conférence des délégué-e-s cantonaux aux problèmes des addictions (CDCA)

Proposition de citation

StremLOW, J. ; Eder, M. ; Knecht, D. ; Wyss, S. (2023). Les bases du pilotage (inter-)cantonal de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Rapport final. Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social, Lucerne.

Direction du projet

Prof. Dr Jürgen StremLOW

Avec la collaboration de :

Membres de la CDCA
Joos Tarnutzer, président de la CDCA
Tanja Iff, OFSP
Suzanne Lischer
Bettina Haefeli
Raphael Hürlimann
Tabea StremLOW

Traduction en français

Charlotte Eidenbenz

Avec le soutien et l'expertise de :

Stefanie Knocks, Fachverband Sucht
Roger Mäder, Forum de médecine de l'addiction de Suisse orientale
Romain Bach/Camille Robert, Groupement Romand d'Études des Addictions
Irene Abderhalden, HES du Nord-Ouest de la Suisse
Silvia Steiner, Conférence des directeurs cantonaux de la santé
Adrian Eichenberger, directeur des institutions sociales du canton de Zurich
Toni Berthel, prés. de la Société suisse de médecine de l'addiction
Aline Bernhardt-Keller, respons. dispositifs addiction Lausanne
Jann Schumacher, Office fédéral de la santé publique
Franziska Eckmann, directrice d'Infodrog (COFIL du projet)
Sandra Bärtschi, collaboratrice Infodrog (accompagn. spécialisé)

Haute école spécialisée de Lucerne**Travail social**

Prof. Dr Jürgen StremLOW
Werftstrasse 1
Boîte postale
6002 Lucerne
041 367 48 41
juergen.stremLOW@hslu.ch



[hslu.ch/sozialarbeit](https://www.hslu.ch/sozialarbeit)

© 11.2023, Haute école de Lucerne – Travail social

Management Summary

(1) Contexte

Traditionnellement hétérogène, le système d'aide dans le domaine des addictions en Suisse est constitué de structures complexes : tant son organisation, ses prestations de services que son financement sont réglementés de différentes façons d'un canton à l'autre. *La Conférence des délégué·e·s cantonaux aux problèmes des addictions (CDCA)* approfondit cette thématique dans le but de développer l'organisation et le pilotage de l'offre de façon systématique et innovante. Dans ce contexte, il est apparu nécessaire de développer une compréhension et un cadre communs de cette thématique complexe pour pouvoir relever les défis à venir. En juin 2019, la CDCA a mandaté une équipe de projet de la Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social pour établir les bases du pilotage (inter-) cantonal de l'offre d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions, en collaboration avec les 22 cantons (exclu. AI, GE, GL, TI).

(2) Objectifs et domaines analysés

La présente étude a pour objectif de proposer aux cantons des bases invitant ces derniers à réfléchir à l'organisation de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions (c'est-à-dire le pilotage, la conception de l'offre, la collaboration avec les prestataires, les parcours de soins, etc.) et à innover en la matière (*chapitre 2*). Cette démarche met l'accent sur la coopération intercantonale. Pour pouvoir proposer ces bases, la présente étude couvre quatre domaines d'analyse :

- (A) L'analyse de l'offre dans les cantons,
- (B) L'analyse détaillée de l'offre et de son utilisation dans le domaine de l'aide psychosociale et sociopédagogique « Thérapie, conseil et hébergement »,
- (C) L'examen du pilotage de l'aide psychosociale et sociopédagogique aux personnes dépendantes dans les cantons ainsi que
- (D) L'examen de la situation générale de l'offre et des tendances de développement répondant aux besoins.

(3) Les bases et une approche méthodique

Le concept d'analyse (*chapitre 3*) appliqué à cette comparaison intercantonale méthodique de l'organisation de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions s'inspire du « modèle de Lucerne » (StremLOW, Riedweg & Bürgisser 2019). Les bases du pilotage de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions ont été élaborées en quatre étapes :

- (1) Développer une *typologie* commune de l'offre de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions,
- (2) Réaliser un *pré-test* des analyses de l'offre cantonale, y compris ses perspectives d'évolution et son pilotage,
- (3) *Analyser l'offre et le pilotage* dans tous les cantons participants, et
- (4) Effectuer une *analyse globale de l'offre et de son évolution* en mettant l'accent sur la coordination intercantonale.

D'octobre 2021 à avril 2022, des enquêtes ont été menées dans 22 cantons sur l'offre, l'état de l'offre et son utilisation dans le domaine cible « Conseil, thérapie et hébergement », le pilotage, ainsi que sur les tendances d'évolution de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Genève, de Glaris et du Tessin n'ont pas participé à la présente étude. La collecte de données comprenait des questionnaires écrits et des entretiens téléphoniques auprès de 22 délégué·e·s cantonaux aux problèmes des addictions ou de leurs représentant·es ; un questionnaire écrit adressé à 189 organisations prestataires, débouchant sur 301 questionnaires complétés (taux de réponse : 86%) ; une analyse secondaire de la « Statistique médicale des hôpitaux » menée par l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) ; 20 entretiens de groupes de discussion avec 181 expert·es des systèmes cantonaux d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Les analyses ont été rapportées dans 22 portraits cantonaux et constituent la base empirique du présent rapport. Sur le plan théorique, ce dernier s'appuie sur le rapport « State of the Art » (Lischer, Eder, StremLOW, Wyss & Häfeli 2022), qui réunit l'ensemble des normes internationales et des connaissances scientifiques sur l'organisation de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions (*chapitre 4*). Sur le plan méthodologique, ce projet fait appel à la recherche pratique qui a fait ses preuves dans des contextes de travail social. Afin d'encourager un dialogue constructif entre la recherche et la pratique, l'état d'avancement et la suite des opérations ont fait l'objet de réflexions et de discussions au sein de commissions aux compositions différentes (par exemple, au sein de la CDCA et d'un Comité consultatif ou « sounding board » réunissant des expert·es de l'aide dans le domaine des addictions reconnu·es dans toute la Suisse).

(4) Les résultats – Partie A : les contextes et les offres d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions

Les offres d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions dans les cantons (*chapitre 5*) : l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions et son pilotage est organisée de manières très différentes d'un canton à l'autre, ce qui est notamment le fait de la disparité de leurs contextes. Afin de pouvoir mieux classer les données des cantons recueillies dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé quelques chiffres clés pour tenir compte de ces différents contextes. Grâce aux données statistiques disponibles, les cantons ont pu être comparés au regard de leur *urbanité* et leur *charge de problèmes* (c'est-à-dire les prévalences). L'utilisation d'indicateurs (a) de la consommation d'alcool, (b) de la consommation de cannabis et (c) des séjours hospitaliers liés aux addictions a permis de comparer la charge des problèmes liés aux addictions entre les cantons. Les résultats sont les suivants :

- (a) En 2017, le pourcentage de la population nationale *consommant de l'alcool* au moins *quotidiennement* était de 10,9 %. Les cantons du Tessin (21,5 %), du Jura (15,3 %) et de Genève (14,2 %) présentent les pourcentages les plus élevés, et les cantons de Thurgovie (8,3 %), Schwyz (7,9 %), Lucerne (7,6 %) et Obwald (5,3 %) les taux les plus bas.
- (b) En 2017, la proportion de la population nationale âgée de 15 à 64 ans *consommant du cannabis* au moins *une fois par mois* était de 4 %. Les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures (5,6 %), de Vaud (5,4 %) et de Genève (5,2 %) affichent les pourcentages les plus élevés, et les cantons de Saint-Gall (2,5 %), du Tessin (2,1 %), d'Obwald (1,7 %) et d'Argovie (1,7 %) les taux plus bas.
- (c) En 2021, le pourcentage d' *hospitalisations* avec un diagnostic principal ou secondaire de *trouble lié à une substance* était de 9,8 pour 1000 habitant·es dans toute la Suisse. Les cantons de Bâle-Ville (18), Neuchâtel (12.9), Jura (11.6), Vaud (11.4) et Berne (11.2)

affichent les taux les plus élevés, et les cantons de Schwyz (6.7), Uri (6.4), Zoug (6.2), Appenzell Rhodes-Intérieures (5.6), Nidwald (5.3) et Obwald (4.9) les taux les plus bas.

Les offres d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions dans les cantons (chapitre 6.1) : chaque canton a développé sa propre panoplie de services d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. L'éventail de l'offre présenté dans les portraits cantonaux indique si l'offre est proposée à l'intérieur ou à l'extérieur – dans des rapports juridiquement contraignants (par ex. des conventions de prestations, des subventions d'exploitation, des concordats – du canton. Cette typologie permet de comparer les panoplies d'offre entre les cantons et de constater des similitudes et des différences. La typologie ci-après ne tient pas compte du recours effectif aux offres par les personnes présentant une addiction. L'utilisation intercantonale de l'offre est présentée pour certains types d'offre dans une section ultérieure du présent rapport. Les données disponibles ont permis d'établir la typologie suivante :

- (1) Les « *cantons prestataires* » (ZH, LU, BS) proposent une palette d'offres très différenciée. Ils couvrent tous les domaines de l'offre, ou presque. En outre, dans cinq à neuf types d'offres, l'offre d'un même canton a une importance juridiquement contraignante pour les cantons avoisinants.
- (2) Les « *cantons autosuffisants et amples* » (AG, BE, FR, NE, SO, VD) sont des cantons dont la palette d'offres est également très différenciée. Contrairement au premier type ci-dessus, ces cantons ne dépendent que très faiblement de l'offre d'autres cantons.
- (3) Les « *cantons en réseau* » (AR, BL, GR, SG, TG, ZG) proposent une palette d'offres moyennement à fortement différenciée. Une différenciation moyenne signifie que le canton couvre des offres de base ou obligatoires et d'autres offres dans plusieurs domaines d'offres. En outre, ces « *cantons en réseau* » dépendent les uns des autres pour accéder à un certain nombre de types d'offre. Autrement dit, l'éventail d'offres d'un canton est également couvert par des offres juridiquement contraignantes en dehors du canton et/ou est devenu indispensable à la panoplie d'offres d'autres cantons.
- (4) Dans les « *cantons autosuffisants disposant d'une offre de base* » (JU, SH, VS), la panoplie des offres est moyennement différenciée, autrement dit, elle couvre les offres de base ou obligatoires en sus d'autres offres de plusieurs types d'offres. De plus, l'interdépendance de ces cantons pour accéder à l'offre des uns et des autres est faible.
- (5) Dans les « *cantons en demande* » (NW, OW, SZ, UR), la palette d'offres est peu différenciée. Elle couvre principalement des offres de base ou obligatoires. L'éventail d'offres d'un canton est couvert par plusieurs types d'offres en dehors du canton. La comparaison entre les types de cantons représentés et les caractéristiques contextuelles (urbanité, charge de problèmes) n'a révélé aucun lien entre ces caractéristiques contextuelles et la différenciation de l'offre dans les cantons.

La *collaboration intercantonale* dans l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions s'avère indispensable pour les types « *canton prestataires* », « *canton en réseau* » et « *canton en demande* ». En revanche, les cantons appartenant aux types « *autosuffisants et complets* » et « *autosuffisants disposant d'une offre de base* » ne semblent guère avoir de liens avec d'autres cantons en ce qui concerne l'organisation de l'offre.

(5) Résultats – Partie B : les offres et leur utilisation dans le domaine « Thérapie, conseil et hébergement » (chapitre 6.2)

L'analyse approfondie des offres et de leur utilisation dans le domaine cible couvre les huit types d'offres suivants : « Consultations ambulatoires en matière d'addiction et thérapie des

addictions (type 1a) », « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) », « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 3) », « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) », « Organismes de placement familial (type 6) », « Hébergements d'urgence (type 7) » et « Housing First (type 8) ». L'analyse a également couvert l'offre la plus importante dans le domaine cible : les offres de médecine résidentielle des addictions.

La capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : les taux d'occupation/utilisation des offres d'aide psychosociale et sociopédagogique du domaine cible estimés par les prestataires (auto-déclaration) ont révélé des différences régionales. Contrairement à la Suisse alémanique, la Suisse romande a enregistré un taux d'occupation/utilisation plus élevé dans la plupart des types d'offres ; c'est notamment le cas des formes d'hébergement accompagné et encadré. En outre, les résultats montrent que le taux d'occupation/utilisation à la date de référence (le 31 décembre 2021) tend à être plus élevé que le taux moyen de l'année 2021. À la date de référence, le taux d'occupation/utilisation était supérieur à 75 % dans tous les types d'offres, à l'exception des organisations de placement familial (type 6) ; les offres d'hébergement en institution et inconditionnel atteignaient même un taux supérieur à 90 %. La tendance à la hausse de l'utilisation des offres à la fin de l'année 2021 pourrait en outre avoir un lien avec la pandémie de Covid-19.

La répartition régionale de l'offre : les quatre régions étudiées, à savoir le Plateau/la Suisse du Nord-Ouest, la Suisse orientale, la Suisse occidentale et la Suisse centrale disposent respectivement de différents types d'offres dans le domaine cible. La région Plateau/Suisse du Nord-Ouest compte le plus grand nombre de prestataires interrogés dans le type d'offre « hébergement assisté dans une institution » et les régions de Suisse orientale et de Suisse centrale comprennent le plus grand nombre de prestataires interrogés dans le type d'offre « accompagnement ambulatoire en matière d'addiction ». En Suisse romande, en revanche, la plupart des prestataires proposaient des services dans le type d'offre « Thérapie résidentielle des addictions ». L'analyse comparative a mis en évidence que les offres de « Médecine résidentielle des addictions » étaient un peu plus fréquentes que les offres de « Thérapie résidentielle des addictions » et qu'elles étaient réparties de manière plus homogène sur le territoire suisse. La couverture régionale de l'offre d'« hébergement en institution » était nettement plus faible dans les régions de Suisse centrale et de Suisse occidentale que dans la région Plateau/Suisse du Nord-Ouest. On remarque en outre que les sites d'hébergement en institution se concentrent à la périphérie des centres urbains dans les cantons.

Le nombre d'usagers et usagères : par rapport à la population cantonale, il s'est avéré qu'à la date de référence, les cantons de Bâle-Ville, Neuchâtel, Berne et Valais comptaient le plus grand nombre de personnes dans une offre du domaine cible (de 518 à 1037 usagers et usagères pour 100'000 habitant·es). C'est dans le canton d'Uri qu'il y avait de loin le moins d'usagers et usagères (n=38) dans le domaine cible. En 2020, les différences cantonales n'étaient pas aussi prononcées en ce qui concerne le nombre d'usagers et usagères de la médecine résidentielle des addictions que pour les offres d'aide psychosociale et sociopédagogique du domaine cible. Mais là encore, le canton de Bâle-Ville comptait le plus grand nombre d'usagers et usagères, avec 277 personnes pour 100 000 habitant·es. Par ailleurs, les cantons de Soleure et de Thurgovie présentaient eux aussi un nombre élevé d'usagers et usagères (207 et 189, respectivement) de la médecine résidentielle des addictions par rapport à la population cantonale. Inversement, le canton du Valais ne comptait que 57 personnes pour 100 000 habitant·es faisant appel à la médecine résidentielle des addictions. Les deux cantons de Vaud (83 usag.) et d'Uri (84 usag.) présentaient également le plus faible nombre d'usagers et usagères de ce type d'offre par rapport à leur population cantonale.

Les caractéristiques de la clientèle : les analyses des caractéristiques des usagers et usagères ont donné les résultats présentés ci-après de manière synthétique. Les données utilisées à cet effet étaient l'enquête menée à la date de référence concernant les offres dans le domaine cible, ainsi que l'analyse secondaire de la « Statistique médicale des hôpitaux » (2020) réalisée par l'Observatoire de la santé :

Âge : la clientèle des offres du domaine cible est majoritairement constituée de jeunes adultes (20–34 ans) et de personnes d'âge adulte moyen (35–64 ans). Ce dernier groupe d'âge était le plus souvent représenté dans presque tous les types d'offres du domaine cible. Entre 1% et 9% des enfants de moins de douze ans étaient représentés uniquement dans les offres ambulatoires et résidentielles d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addiction, d'accompagnement ambulatoire dans les résidences privées et dans les organismes de placement familial. Entre 1% et 8% des jeunes jusqu'à l'âge de 19 ans étaient représentés dans tous les types d'offres du domaine cible, ainsi que dans la médecine résidentielle des addictions. Les personnes à l'âge de la retraite faisaient plus rarement partie de la clientèle du domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions. La proportion la plus élevée (7 à 8%) des personnes à l'âge de la retraite faisait appel aux types d'offres « Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction (type 1a) » (8%), « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » (8%) et « Hébergements d'urgence (type 7) » (7%).

Le sexe : les hommes étaient nettement plus nombreux que les femmes dans tous les types d'offres du domaine cible et dans la « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) ». En revanche, Les types d'offres « Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction » et « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées » ont enregistré la plus forte proportion de femmes (36 à 38%).

Le problème principal : contrairement aux caractéristiques que sont le sexe et l'âge, les données concernant le problème principal des usagers et usagères sont (bien) plus maigres dans la présente étude. Dans presque un type d'offre sur deux du domaine cible, le nombre d'usagers et usagères pour lesquelles aucune donnée n'existait à ce sujet était plus élevé que le nombre de personnes dont les données étaient renseignées. Parmi les usagers et usagères dans le domaine cible et de la médecine résidentielle dont les données étaient disponibles, la consommation d'alcool ou l'usage de substances multiples étaient le plus souvent rapportés comme le problème principal. Selon le type d'offre, la consommation de tabac, de cannabis, d'opioïdes ou de cocaïne a également souvent été rapportées comme problème principal, tandis que la consommation d'autres stimulants ou substances psychoactives, la consommation problématique de somnifères et de tranquillisants ou les addictions comportementales ne représentaient le problème principal que pour une faible proportion d'usagers et usagères.

Les comorbidités : les données concernant les comorbidités sont (très) lacunaires dans la présente étude. Dans cinq des huit types d'offres du domaine cible, le nombre d'usagers et usagères sans données était parfois nettement plus élevé que le nombre de personnes concernant lesquelles des données existaient. C'est dans les domaines de la « Thérapie résidentielle des addictions », de l'« Hébergement assisté dans une institution » et du « *Housing First* » que les données sont les mieux renseignées. Cela est peut-être dû au fait que les comorbidités et les dépendances secondaires ne sont souvent diagnostiquées qu'au moment d'une hospitalisation. Cette hypothèse a été confirmée par les expert-es du canton lors des entretiens menés avec les groupes de discussion. Selon ces personnes, aucun dépistage systématique des comorbidités n'est en règle générale effectué dans le cadre de l'accompagnement psychosocial et sociopédagogique en matière d'addiction.

L'analyse des instances référentes et de liaison dans la thérapie résidentielle des addictions et dans la médecine des addictions : cette étude montre qu'une grande partie des personnes présentant une addiction fait appel à des offres dans le domaine médical qui échappent aux outils de pilotage des cantons. Il semble d'autant plus important de mettre sur pied des coopérations entre les offres médicales et les offres d'aide psychosociale et sociopédagogique et de veiller à leur bon fonctionnement. En effet, une personne sur trois se tourne vers une offre ambulatoire ou semi-résidentielle financée par la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) à l'issue de soins en médecine résidentielle des addictions, tandis que seuls 5% des personnes ont recours à une offre ambulatoire d'accompagnement psychosocial et sociopédagogique. Dans l'ensemble, on constate une *faible interdépendance de l'offre entre ces deux systèmes*.

Les mouvements intercantonaux d'usagers et usagères : les enquêtes réalisées dans les cantons ont permis de mettre en évidence les mouvements intercantonaux d'utilisation de l'offre dans les types d'offres (1) de thérapie résidentielle des addictions, (2) de médecine résidentielle des addictions et dans les formes d'hébergement dans une institution. Ces données constituent une base importante sur laquelle s'appuyer pour planifier l'offre résidentielle et développer la coordination ou la collaboration intercantonale. À la fin de l'année 2021, un tiers des personnes (32 %) séjournaient dans un établissement situé en dehors de leur canton de résidence pour y suivre une *thérapie résidentielle des addictions*. Dans la plupart des cas, l'utilisation intercantonale de l'offre reste confinée dans une même région linguistique. En 2020, dans le domaine de la *médecine résidentielle des addictions*, 20% de la patientèle se trouvaient dans une clinique située à l'extérieur des frontières du canton. Les cantons romands comptent nettement moins de traitements financés par la LAMal dans le domaine de la médecine des addictions que les cantons suisses-alsémaniques (on observe l'inverse pour les traitements psychosociaux et sociopédagogiques). En conséquence, l'utilisation intercantonale de la médecine des addictions est nettement plus importante en Suisse alsémanique qu'en Suisse romande. Ces disparités visibles entre les régions linguistiques mettent en évidence la variabilité de l'importance accordée aux traitements et aux thérapies médicales ou psychosociales et sociopédagogiques en ce qui concerne l'aide en matière d'addiction. L'utilisation intercantonale de l'offre d'hébergement dans une institution était plutôt faible. La plupart du temps, ce sont des personnes isolées (12 % au total) qui ont eu recours à une offre en dehors de leur canton.

(6) Résultats – Partie C : le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions par les cantons (chapitre 7)

Les cantons ont élaboré différentes formes de pilotage du domaine de l'aide dans le domaine des addictions. L'analyse comparative des instruments et des pratiques de pilotage a mis en évidence que les cantons se distinguent notamment par le *degré d'institutionnalisation du pilotage par le canton*. Ces observations ont permis d'élaborer une typologie des formes de pilotage cantonal. Celle-ci tient compte des différents niveaux d'organisation du pilotage cantonal : (a) le pilotage au niveau du *système global* (par ex. s'appuyant sur des bases légales ou stratégiques), (b) la *fourniture de prestations* (par ex. la collaboration avec les institutions prestataires) ainsi que (c) le niveau des cas (c'est-à-dire des individus présentant une ou des addictions). Les cinq types de pilotage cantonal identifiés se distinguent par leurs points forts et leur potentiel de développement :

Type 1 : les cantons pratiquant un pilotage de base : AR, NW, OW, SH, SZ, UR, ZH.

Type 2 : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi, sans aucune gestion des cas : BE, SG, SO, TG.

Type 3 : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi, équipés d'un dispositif de gestion des cas : AG, BL, JU.

Type 4 : les cantons pratiquant un pilotage renforcé du système et des prestations : GR, LU, NE, ZG.

Type 5 : les cantons pratiquant un pilotage ample : BS, FR, VD, VS.

Au niveau de *l'ensemble du système*, le degré d'institutionnalisation va des cantons qui s'appuient principalement sur des bases nationales et dont les tâches de pilotage dépendent de l'engagement et des ressources du délégué ou de la déléguée cantonale aux problèmes des addictions, aux cantons qui disposent de bases stratégiques et légales spécifiques à l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions, analysent régulièrement l'offre et les besoins, réalisent une veille systématique dans le domaine des dépendances et effectuent des tâches de pilotage au sein de structures administratives différenciées comprenant plusieurs services. Au niveau de la *fourniture des prestations*, la coordination et la mise en réseau intracantonales dans les cantons présentant le plus bas degré d'institutionnalisation, réalisées soit de manière auto-organisée par les institutions prestataires, soit dans le cadre d'échanges bilatéraux entre le canton et les organisations prestataires. Les cantons dont le degré d'institutionnalisation est le plus élevé à ce niveau encouragent systématiquement la coopération et la mise en réseau en organisant régulièrement des événements et des rencontres avec, dans la mesure du possible, l'ensemble des prestataires. Des différences notables apparaissent également au niveau de la *coordination des cas et de la gestion des cas*. Les cantons dont le degré d'institutionnalisation du pilotage est faible délèguent ces tâches aux prestataires, tandis que ceux dont le degré d'institutionnalisation est élevé disposent de divers instruments de pilotage standardisés, notamment pour gérer les cas complexes (c'est-à-dire généralement dans les milieux résidentiels). Ces analyses ne permettent de tirer aucune conclusion sur la qualité du système d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions dans les différents cantons.

(7) Résultats – Partie D : l'état des lieux de l'offre et les tendances de développement en fonction des besoins (chapitre 8)

La Suisse dispose d'un système de soins différencié, diversifié et professionnel en matière d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Néanmoins, *l'offre* présente *des lacunes* dans toute la Suisse : de nombreux cantons connaissent une pénurie d'offres de suivi sur les plans de l'hébergement et de l'emploi, ainsi que d'offres à bas seuil de réduction des risques et des dommages (telles que le *Housing First* et le *Drug Checking*). Selon les enquêtes menées auprès des organisations prestataires dans le domaine cible, on peut supposer que cette pénurie s'accroîtra à l'avenir. Déjà au moment des enquêtes, 53 à 73 % des prestataires interrogé·es constataient des lacunes dans le type d'offre concernant leurs activités. Dans tous les types d'offres, au moins 25 % de ces organisations ont indiqué que la demande était supérieure à l'offre. Ce pourcentage atteignait 75 % dans le type d'offre « *Housing First* ». De plus, il faut s'attendre à une augmentation de la demande dans la plupart des types d'offres du domaine cible d'ici 2024.

D'autres *tendances de développement* répondant aux besoins dans le domaine des addictions sont les résultats de changements de contenu et de structure : en termes de contenu, on constate une augmentation des comorbidités, des problèmes multiples et des raccordements multiples au système d'aide. De même, les professionnel·les ont de plus en plus à faire à des groupes cibles auxquels leurs offres ne sont pas destinées (p. ex. les jeunes, les personnes à l'âge de la retraite et les femmes). Les formes de consommation et de comportement, ainsi que les prévalences, elles aussi, évoluent. La consommation des substances que sont l'alcool

et le tabac continue toutefois à représenter la charge de problèmes la plus élevée sur le plan social. Au niveau structurel, les organisations prestataires sont de plus en plus confrontées au transfert de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions vers le domaine financé par les caisses d'assurance maladie, ainsi qu'à des lacunes de financement. Elles constatent en outre une augmentation de l'inégalité des chances d'accès aux offres d'aide. Selon les expert·es, le développement de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions peut explorer de nouveaux champs d'action tant dans l'organisation des soins au niveau cantonal (p. ex. l'amélioration de la collaboration interdépartementale, l'intégration de connaissances spécialisées issues de la pratique, des institutions prestataires et des communes) que dans le renforcement de la coopération intra- et intercantonale.

(8) Recommandations (chapitre 9)

Les recommandations suivantes visent à *développer le pilotage cantonal ou intercantonal* de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Elles s'articulent autour des quatre thèmes du modèle d'organisation des systèmes de soins sociaux ou de santé (StremLOW, et al. 2019) : (a) l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales ; (b) le pilotage de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions ; (c) les offres et les prestations ainsi que (d) les systèmes de soins.

Champ thématique A – L'addiction en tant que phénomène biopsychosocial

Dans le modèle développé par StremLOW, Riedweg & Bürgisser (2019), le champ thématique A s'adresse à l'« articulation générale du problème » ou à la « description du problème » de l'addiction dans la société. Dans la présente étude, l'addiction désigne un phénomène biopsychosocial dont l'origine et les effets s'étendent sur trois niveaux, c'est-à-dire l'addiction comme phénomène biologique, psychique et social ou sociétal. Les recommandations dans ce champ thématique visent à fournir de *meilleures preuves* des différents aspects de l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions, et à rendre ces *preuves* accessibles à la population, aux professionnel·les et aux politiques.

Soutenir les projets de recherche et d'évaluation scientifiques : à l'heure actuelle, l'analyse exhaustive de l'offre, des besoins et des groupes cibles de l'aide dans le domaine des addictions en Suisse nécessite d'exploiter les données de différents systèmes de monitoring. C'est la raison pour laquelle il faudrait développer un monitoring national des addictions, qui compilerait les données concernant l'aide dans le domaine des addictions et les compléterait par des données secondaires (fournies par ex. par la police, les soins de santé, les caisses maladie), et qui recueillerait systématiquement les évolutions sur le terrain, les évaluerait, les publierait et les exploiterait pour organiser l'aide dans le domaine des addictions. De même, il faudrait promouvoir des projets de recherche solides qui analysent les coûts économiques des phénomènes d'addiction et tiennent compte à la fois des causes sociales et des effets des maladies liées aux addictions. Dans ce contexte, il est également indispensable de prendre en compte les caractéristiques personnelles des usagers et usagères, les trajectoires d'orientation et les offres de liaison. La question du recours et de l'interaction entre les offres de médecine de l'addiction financées par la LAMal et les offres psychosociales et sociopédagogiques non financées par la LAMal présente un intérêt particulier pour l'étude. Par ailleurs, des évaluations régulières de la fourniture de prestations permettraient d'analyser le système d'aide dans le domaine des addictions et de porter un jugement professionnel. Des études longitudinales sur l'évolution des cas et les effets des interventions de l'aide dans le domaine des addictions pourraient également favoriser un pilotage basé sur des preuves.

Campagnes de sensibilisation et travail d'information auprès de la population : pour sensibiliser la population, atteindre les groupes cibles choisis et déstigmatiser les personnes concernées et leurs proches, il importe d'informer l'ensemble de la population sur les connaissances scientifiques les plus récentes concernant le phénomène de l'addiction, les effets d'une consommation à risque et d'une addiction comportementale, ainsi que sur les offres d'accompagnement et de traitement existantes. L'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et les tendances y relatives ne sont pas déterminées par les frontières cantonales. Il est recommandé d'une part que les cantons s'associent et développent conjointement des programmes de prévention et d'information. D'autre part, compte tenu des différences de ressources entre les cantons, la Confédération pourrait à nouveau mettre à disposition davantage d'offres nationales de transfert de connaissances, de sensibilisation et d'information ou mandater des tiers à cet effet.

La formation initiale et continue des professionnel·les : pour faire face à la pénurie de personnel qualifié à l'échelle nationale, il est recommandé de redoubler d'efforts dans le domaine de la formation initiale et continue. D'une part, les thèmes spécifiques aux addictions devraient être mis en avant dès la formation initiale des groupes professionnels concernés par l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. D'autre part, la coordination des formations continues dans le domaine des addictions devrait être améliorée et la réalisation de ces formations devrait être systématiquement rapportée. Outre la promotion des formations initiales et continues des professionnel·les, il est également recommandé de développer et d'élargir les connaissances spécifiques aux addictions des groupes professionnels dans les domaines d'activité connexes. Parallèlement, les conditions structurelles doivent être réunies pour permettre aux professionnel·les de mettre en pratique les connaissances acquises (par exemple, la rémunération des activités de coopération et de mise en réseau, des voies de communication claires et efficaces, des outils numériques).

Champ thématique B – L'organisation politique de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions

Ce champ thématique porte sur l'organisation politique de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Dans certaines circonstances, sur ce deuxième axe, les problèmes d'addiction articulés dans la société sont constatés par des acteurs et actrices politiques et traités dans le cadre de programmes politiques. Pour ce faire, on établit en règle générale des bases légales, on détermine les compétences et on met le tout en œuvre sur les plans politique et administratifs (l'élaboration d'objectifs, de planifications, du financement, de la fourniture de prestations, les évaluations, etc.).

Des structures de financement promouvant l'égalité des chances : les recommandations suivantes permettront d'appliquer les normes internationales de l'OMS et de l'ONUDC (2020a), qui exigent la gratuité et l'égalité des chances d'accès pour toutes les personnes demandant de l'aide, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur lieu de résidence, de leur problème principal, de leur statut socio-économique et de leur droit de séjour : les cantons devraient adapter leurs bases légales en conséquence et développer des modèles de financement durables en collaboration avec tous les organismes de financement (la Confédération, les assurances, la justice, les communes). Compte tenu des différences entre les cantons, la présente recommandation d'action devrait être appliquée avec le soutien de la Confédération et des directives nationales en la matière. En ce qui concerne le développement, il faudrait aussi tenir compte des besoins en temps de travail pour les prestations de coordination ainsi que pour les tâches qui ne sont pas effectuées directement auprès de la clientèle. À court et moyen terme, les modèles de financement cantonaux peuvent être améliorés, en faveur de l'égalité de traitement des personnes concernées et de l'indication professionnelle. Cela peut se

traduire, par exemple, par la compensation des charges à l'intérieur du canton pour soulager les finances communales, par la levée de l'obligation de remboursement pour les bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que par la suppression de la quote-part pour les traitements psychosociaux et sociopédagogiques.

Les bases stratégiques et légales : il est recommandé de réaliser dans le canton (ou dans une région intercantonale de soins) une planification stratégique pluriannuelle pour le (re)développement de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions, avec des lignes directrices, des objectifs et des mesures dans ce sens, et de vérifier régulièrement si les objectifs sont atteints.

Les tâches incombant aux délégué·es aux problèmes des addictions : les membres de la CDCA devraient jouer un rôle particulier dans l'organisation de l'aide cantonale psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. En effet, leur expertise concerne non seulement le domaine professionnel, mais aussi les processus politiques. Il est donc recommandé de définir un profil standardisé pour le poste de délégué·e cantonal·e, qui prévoit notamment la participation au comité de pilotage interdépartemental pour l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions, le développement, la mise en œuvre et le suivi de la stratégie d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions dans le canton ou la région et la direction de comités d'échange réguliers avec les prestataires du canton ou de la région.

Champ thématique C – Les offres et les prestations

Ce thème porte sur les offres et les prestations professionnelles d'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions.

La palette d'offres cantonale : les cantons doivent veiller à ce que leur population ait accès à un système d'aide dans le domaine des addictions qui réponde aux exigences minimales de l'OMS et de l'UNDOC. La palette des offres d'aide dans le domaine des addictions dans le canton devrait donc comprendre aussi bien des offres médicales que des offres d'aide psychosociale et sociopédagogique. La présente étude a permis d'identifier les lacunes de l'offre cantonale et suprarégionale : il faudrait notamment développer à l'avenir des offres à bas seuil et de proximité, des offres dans les domaines de l'hébergement dans une institution, de l'accompagnement ambulatoire dans des résidences privées, de la réduction des risques et de l'aide à la survie. Indépendamment du système d'aide dans le domaine des addictions, il faudrait également investir dans le développement d'hébergements inconditionnels et abordables. Dans le cadre de coopérations intercantionales, des offres peuvent également être proposées en dehors du canton, pour autant que la population cantonale bénéficie d'un accès égalitaire. Dans un souci d'équité, la Confédération devrait soutenir les cantons afin que toute personne puisse bénéficier de manière équitable d'une offre de conseil et de traitement dans toute la Suisse.

La planification de l'offre et la coordination de la prestation de services : l'organisation de la prestation de services devrait se baser sur une planification de l'offre précédée d'une analyse des besoins et élaborée en collaboration avec toutes les parties prenantes. Dans ce contexte, la planification et la coordination de l'offre devraient prendre en compte aussi bien les offres médicales que psychosociales et sociopédagogiques, même si les possibilités de pilotage des cantons sont limitées en ce qui concerne les prestations médicales. À une étape ultérieure de la coordination des prestations, il est recommandé d'impliquer les prestataires de façon active dans la planification de l'offre. Il est en outre nécessaire de prendre systématiquement en compte le savoir-faire des prestataires de soins. Cette forme de coordination des prestations devrait porter essentiellement sur les parcours de soins des personnes présentant une ou des addictions (mots-clés : soins intégrés). Une coordination supracantonale dans des régions de

planification régionales définies permet, notamment dans les petits cantons, de traiter plus efficacement les cas de sous-utilisation ou de surutilisation des établissements ainsi que les éventuels besoins de développement des offres. Au vu de la diversité des cadres institutionnels des cantons, le renforcement de la coopération intercantonale et de l'aménagement régional est confronté à des défis majeurs. Pour pouvoir surmonter ces difficultés, il est indispensable de standardiser les informations et mettre en place des dispositifs d'échange régulier. En outre, la Confédération devrait elle aussi soutenir les cantons dans la planification et la coordination de leur offre, notamment parce qu'une grande partie du système d'aide dans le domaine des addictions est intégrée à la planification hospitalière cantonale et aux structures nationales (c'est-à-dire la LAMal).

L'accès et l'accessibilité : en ce qui concerne l'accès et l'accessibilité de l'offre actuelle d'aide dans le domaine des addictions, il est nécessaire d'examiner et d'adapter les bases légales nationales et cantonales de la fourniture et du financement des prestations, dans le but de prévenir les inégalités de traitement structurelles entre les groupes cibles. Il est en outre recommandé de réaliser des études supplémentaires visant à identifier les obstacles à l'accès (spécifiques aux groupes cibles), tant au niveau cantonal que national. Tandis que certaines personnes ne souhaitent délibérément pas être atteintes par le système d'aide dans le domaine des addictions, d'autres groupes particulièrement vulnérables ont en revanche été atteints trop tardivement ou de manière insuffisante par les structures d'offre et les voies d'accès de l'aide dans le domaine des addictions. Pour ces derniers groupes de personnes, il convient donc de promouvoir des offres de proximité adaptées aux modes et lieux de vie des groupes cibles concernés.

Champ thématique D – Les systèmes de soins

Ce champ thématique concerne la fourniture de prestations dans des structures ou des réseaux de soins dans un bassin de population donné (par ex. une commune, un district, un canton ou une région intercantonale). Il soulève des questions de coordination des offres dans la chaîne de soins (mots-clés : soins intégrés) et de l'orientation ou du pilotage des offres en fonction des besoins des personnes concernées (par ex. l'accès à bas seuil, le *Case Management*). Les recommandations dans ce champ thématique visent à offrir aux personnes affectées par l'addiction ou à risque et à leurs proches une orientation et une médiation vers les offres dans le champ multidisciplinaire de l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addiction.

La coopération et la coordination avec et entre les prestataires de soins : la collaboration étroite et la mise en réseau de tous les groupes d'acteurs et d'actrices de l'aide en matière d'addiction et des domaines connexes sont nécessaires à l'organisation d'un système de soins efficace. Il est recommandé de mettre en place des dispositifs permettant à différents groupes d'acteurs et d'actrices (politiciens, politiciennes, prestataires, entités qui supportent les coûts, etc.) de discuter à intervalles réguliers (par exemple deux à quatre fois par an) et de manière systématique à propos des évolutions s'opérant sur le terrain ainsi que du développement, de l'utilisation et de la coordination des offres. Ces dispositifs d'information et de mise en réseau peuvent se déployer dans le canton en question ou dans le cadre d'un regroupement intercantonal dans la région. Pour favoriser l'échange et la mise en réseau entre les groupes d'acteurs et d'actrices concernées, il est en outre recommandé de mettre sur pied des plateformes numériques et des manifestations. La collaboration entre les différents acteurs et actrices de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions devrait être planifiée à long terme et, dans la mesure du possible, formalisée et institutionnalisée, par exemple dans le cadre d'un accord de coopération, afin de renforcer le caractère obligatoire pour les membres. Pour favoriser les systèmes de coopération, il est également recommandé de mettre en place un service national de coordination pour les professionnelles et professionnels actifs

dans le domaine des addictions. Un tel service se consacrerait aux activités administratives et aux tâches de médiation et pourrait ainsi soulager les membres du réseau au regard de leurs ressources.

Les indications et le Case Management pour les cas complexes : l'orientation professionnellement indiquée des personnes concernées vers une offre d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addiction adaptée à leurs besoins ne peut avoir lieu que s'il n'existe aucun obstacle structurel à l'accès ni aucune incitation économique inopportune. Pour cette raison, il est recommandé, pour une indication différenciée lors de thérapies résidentielles et de cas particulièrement complexes, de disposer d'un centre d'indication à bas seuil, géré par des professionnel·les¹ et habilité à agir indépendamment des organismes de financement et en collaboration avec les personnes demandant de l'aide. La clientèle de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions fait généralement appel à diverses prestations. Si ces dernières ne sont pas suffisamment coordonnées, il se peut que la qualité de l'accompagnement ou la réalisation des objectifs thérapeutiques en souffrent. La présente étude met plusieurs fois en avant le financement insuffisant du travail d'interface réalisé à ce jour. En raison de cette lacune, il est impossible de garantir en toutes circonstances que les personnes cherchant de l'aide soient accompagnées par des professionnel·les dans la résolution de leurs problèmes et qu'elles soient mises en réseau avec des offres d'aide appropriées. Il est donc recommandé de considérer l'accompagnement professionnel des cas comme une prestation améliorant la qualité du système de soins et de l'institutionnaliser en conséquence (par exemple moyennant une convention de prestations ou la mise en place d'un service à bas seuil pour le *Case Management*).

¹ Selon la taille du canton, il est recommandé de proposer les services du centre de coordination et/ou d'indication sur plusieurs sites afin de garantir l'accessibilité géographique.

Table des matières

1 Introduction.....	1
2 Objectifs et questions de recherche	4
2.1 Les analyses de l'offre et de son utilisation (parties A et B)	4
2.2 Comparaisons du pilotage de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions entre les différents cantons (partie C).....	4
2.3 L'état des lieux de l'offre et les tendances de développement en fonction des besoins (partie D).....	5
3 Les bases et une approche méthodique	6
3.1 L'élaboration d'une typologie des offres d'aide en matière d'addiction	6
3.2 Définition du domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement »	9
3.3 Concept d'inventaire	11
3.4 L'intégration des résultats de l'étude et les limitations.....	15
4 Les normes et les possibilités de développement dans l'organisation de l'aide dans le domaine des addictions	19
4.1 Le 1 ^{er} potentiel de développement : l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales	20
4.2 Le 2 ^e potentiel de développement : l'organisation politique de l'aide dans le domaine des addictions.....	21
4.3 Le 3 ^e potentiel de développement : les offres et les prestations de service.....	23
4.4 Le 4 ^e potentiel de développement : les systèmes de soins.....	25
5 Les conditions contextuelles de l'aide en matière d'addictions dans les cantons.....	27
5.1 L'urbanité	27

5.2	La charge de problèmes	28
6	Les offres d'aide en matière d'addictions	32
6.1	Les palettes d'offres d'aide en matière d'addiction dans les cantons	32
6.2	L'offre et son utilisation dans le domaine « Thérapie, conseil et hébergement »	35
6.2.1	La capacité et l'utilisation des offres	37
6.2.2	La répartition régionale des offres dans le domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions.....	52
6.2.3	Les usagers et usagères du domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions par canton de résidence	58
6.2.4	Les caractéristiques de la clientèle du domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions.....	64
6.2.5	L'analyse des instances référentes et des offres de liaison dans la thérapie résidentielle des addictions et dans la médecine des addictions.....	81
6.2.6	L'analyse des mouvements intercantonaux d'utilisation	85
7	Le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions par les cantons	91
7.1	Type 1 : les cantons pratiquant un pilotage de base	93
7.2	Type 2 : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi, sans gestion des cas 99	
7.3	Type 3 : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi et équipés d'un dispositif de gestion des cas.....	104
7.4	Type 4 : les cantons pratiquant un pilotage renforcé du système et des prestations	108
7.5	Type 5 : les cantons pratiquant un pilotage ample	112
7.6	Synthèse : le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions par les cantons 116	
8	Les lacunes de l'offre et les tendances de développement axées sur les besoins	119
8.1	L'évaluation des lacunes de l'offre et des besoins dans le domaine cible	120
8.1.1	L'évaluation des lacunes de l'offre	120
8.1.2	Estimation de l'évolution des besoins jusqu'en 2024	123

8.2	Les lacunes dans l'offre du système d'aide en matière d'addiction	129
8.3	Les tendances de développement du contenu.....	133
8.4	Les tendances de développement structurel et la nécessité d'agir	137
8.4.1	Les tendances de développement dans le domaine du « financement ».....	138
	La nécessité d'agir au niveau du pilotage cantonal.....	140
8.4.2	Les champs d'action de la coopération intra- et intercantonale.....	141
9	Conclusions et recommandations	143
9.1	Champ thématique A - L'addiction en tant que phénomène biopsychosocial.....	144
9.1.1	Les résultats de la présente étude.....	144
9.1.2	Les enseignements tirés du rapport « State of the Art ».....	145
9.1.3	Recommandations.....	147
9.2	Champ thématique B - L'organisation politique de l'aide dans le domaine des addictions	150
9.2.1	Les résultats de la présente étude.....	150
9.2.2	Les enseignements tirés du rapport « State of the Art ».....	151
9.2.3	Recommandations.....	153
9.3	Champ thématique C – Offre et prestations.....	155
9.3.1	Les résultats de la présente étude.....	155
9.3.2	Les enseignements tirés du rapport « State of the Art ».....	157
9.3.3	Recommandations.....	159
9.4	Champ thématique D – Les systèmes de soins.....	161
9.4.1	Les résultats de la présente étude.....	161
9.4.2	Les enseignements tirés du rapport « State of the Art ».....	162
9.4.3	Recommandations.....	164
10	Indexes.....	170
10.1	Index des figures.....	170
10.2	Index des tableaux	171
10.3	Index des acronymes et abréviations.....	173
10.4	Bibliographie.....	174

1 Introduction

La présente étude considère l'addiction comme un phénomène biopsychosocial dont l'origine et les effets sont d'ordre biologique, psychique et sociétal. L'addiction a des répercussions sur les plans physique et psychique des personnes, sur leur environnement social et sur leur intégration sociale. Elle résulte non seulement de prédispositions individuelles et de facteurs personnels (p. ex. l'environnement social, la situation de vie, les expériences), mais aussi de conditions sociales (p. ex. l'approche culturelle de la consommation de substances/de l'addiction comportementale, la disponibilité, etc.) (Office fédéral de la santé publique, 2021). L'addiction à une substance ou l'addiction comportementale repose sur une interaction dynamique et complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Composé d'une multitude d'offres de services, d'acteurs et d'actrices et de leurs activités, le système d'aide dans le domaine des addictions constitue traditionnellement un domaine très hétérogène aux structures complexes : tant son organisation, ses prestations de services que son financement sont réglementés de différentes façons d'un canton à l'autre. Dans le même temps, le système d'aide dans le domaine des addictions est continuellement en mutation et les services proposés par les institutions évoluent. *La Conférence des délégué·e·s cantonaux aux problèmes des addictions (CDCA)* approfondit cette thématique notamment dans le but d'aborder le pilotage de ces offres dans une perspective qui dépasse les frontières cantonales. Les discussions avec les expert·es menées au sein de la CDCA ont montré que, pour pouvoir relever les défis à venir de façon plus concrète, il est nécessaire de développer une compréhension et un cadre communs à propos de cette thématique complexe. À la suite du séminaire de la CDCA en juin 2019 et lors d'autres ateliers sur les typologies d'offres et les groupes cibles, la CDCA a mandaté une équipe de projet de la Haute école de Lucerne – Travail social pour élaborer, en collaboration avec les cantons, des bases susceptibles de favoriser un pilotage (inter)cantonal renforcé. Ces bases ont été élaborées en quatre étapes :

- (1) Établir une *typologie de l'offre* à large échelle,
- (2) Réaliser un *pré-test* des analyses de l'offre (y compris les perspectives de développement) et du pilotage dans les cantons d'Argovie, d'Obwald, de Vaud et du Valais,
- (3) *Analyser l'offre et le pilotage* dans 22 cantons sous forme de « portraits cantonaux », et
- (4) Effectuer une *analyse globale de l'offre et de son évolution* en mettant l'accent sur la coordination intercantonale.

Lorsque les trois premières étapes de travail ont été franchies, les délégué·es de chaque canton ont reçu un rapport qui synthétise l'éventail de l'offre, les résultats des analyses de l'offre du domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » et décrit le système de pilotage de l'aide dans le domaine des addictions. Leur objet et leur structure étant identiques, les rapports cantonaux ou *portraits cantonaux* permettront pour la première fois aux délégué·es cantonaux de comparer les cantons les uns aux autres de façon méthodique. Au sens du champ d'action 5 de la Stratégie nationale Addictions (Office fédéral de la santé 2015, 2020), il s'agit de développer le travail en réseau et de mettre en évidence les possibilités de collaboration. En outre, les rapports cantonaux constituent la base sur laquelle s'est appuyée l'analyse globale présentée ci-après.

Le concept d'analyse appliqué à cette comparaison intercantonale systématique de l'organisation de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions s'inspire du « modèle de Lucerne » qui a servi à organiser l'aide sociale (StremLOW, Riedweg, Bürgisser

2019). Ce modèle s'appuie à son tour sur la théorie sociologique des systèmes et définit quatre domaines d'observation et de développement des services sociaux. En matière de pilotage, l'« organisation du système sociopolitique » (la « planification sociale »), qui couvre quatre niveaux d'action, est considéré comme un domaine de développement pertinent :

- « *Programme et financement* : définition des objectifs, du contenu, des responsabilités (politiques, juridiques) et du financement de l'aide
- *Prestations et offres* : implémentation du programme moyennant la planification, la mise en œuvre et le développement de services et d'offres dans l'économie sociale
- *Les structures de soins* : La mise en œuvre du programme dans certaines structures de soins
- *La fourniture de prestations* : la forme de coopération avec les organismes prestataires impliqués » (StremLOW et al., 2019)

Le « modèle de Lucerne » associe ces quatre niveaux d'action aux quatre phases d'action typiques du cycle de pilotage : *l'analyse, la stratégie, la mise en œuvre* et *le développement*. Il en découle une matrice de 16 tâches d'organisation (quatre phases d'action multipliées par quatre niveaux d'action) qui peuvent être systématiquement reliées les unes aux autres et coordonnées :

	Phase I (A) Analyse	Phase II (S) Stratégie	Phase III (M) Mise en œuvre	Phase IV (D) Développement
Niveau 1 <i>Programme et financement</i>	(A1) Analyse du contexte, financement	(S1) Objectifs et directives	(M1) Contrôle du contexte et du système	(D1) Contrôle stratégique
Niveau 2 <i>Prestations et offres</i>	(A2) Analyse de l'offre et des groupes cibles	(S2) Planification de l'offre	(M2) Actualisation de l'offre	(D2) Contrôle de l'offre
Niveau 3 <i>Structures de soins</i>	(A3) Analyse des structures d'approvisionnement	(S3) Conditions-cadres	(M3) Processus d'échange	(D3) Évaluation de la structure et des processus
Niveau 4 1 <i>Analyse de la fourniture de prestations</i>	(A4) Analyse des prestataires	(S4) Convention de prestations	(M4) Reporting des prestataires	(D4) Développement de la fourniture de prestations

Figure 1 : les phases et niveaux d'action dans l'organisation des soins sociaux (StremLOW et al. 2019)

Le *chapitre 2* ci-après présente les objectifs de ce projet et le plan de recherche et s'inspire de ces phases et niveaux d'action de l'organisation des soins sociaux. L'approche méthodologique, la base de données et les méthodes d'analyse sont expliquées plus en détail au *chapitre 3*. Comme tout travail de recherche scientifique, la présente étude est soumise à certaines limitations. Celles-ci sont dues, d'une part, aux méthodes d'enquête et au taux de réponses aux questionnaires et, d'autre part, aux circonstances structurelles (p. ex. la pandémie de Covid 19, les ressources limitées chez les personnes ou institutions interrogées). Ces circonstances sont abordées de manière plus approfondie au *chapitre 3* et dans l'introduction des chapitres 5 à 8. La base de données ayant servi à analyser les caractéristiques des bénéficiaires dans le domaine cible est présentée séparément dans chaque paragraphe d'introduction d'une caractéristique.

Le *chapitre 4* s'appuie sur la synthèse d'une sélection de connaissances internationales et nationales concernant l'organisation de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions (planification, pilotage, fourniture de prestations et évaluation) dans le but de mettre à la disposition des professionnel·le·s et des responsables des cantons *des propositions de réflexion* concernant le développement de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Un rapport intitulé « State of the art » a été rédigé à ce sujet dans le cadre de la présente étude (Lischer, Eder, StremLOW, Wyss, Knecht & Häfeli 2022). Les normes nationales et internationales de l'aide en matière d'addiction qui y sont présentées servent de « valeurs-cibles » vers lesquelles devrait tendre le développement de l'organisation (inter)cantonale de l'aide en matière d'addiction. C'est donc sur ces valeurs centrales que s'appuient les recommandations émises dans le dernier chapitre.

Le *chapitre 5* présente les conditions-cadres des problématiques d'addiction (urbanité, prévalences) potentiellement pertinentes pour analyser l'offre et le pilotage par les cantons.

Le *chapitre 6* traite de l'analyse détaillée de l'offre et de l'utilisation de l'offre psychosociale et sociopédagogique dans le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » et de la médecine résidentielle des addictions. Il décrit aussi bien les capacités, les taux d'occupation/utilisation et la répartition régionale des offres que les caractéristiques des bénéficiaires (l'âge, le sexe, le problème principal, les comorbidités et le canton de domicile). Il aborde en outre, les mouvements intercantonaux des usagers et usagères.

Le *chapitre 7* propose une typologie du pilotage de l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions dans les cantons. Cette typologie tente de réduire la complexité des différents modèles de pilotage pratiqués par les 22 cantons respectivement.

Le *chapitre 8* présente les appréciations des prestataires et des experts et expertes cantonales interrogés sur l'état des lieux des soins et les tendances de l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addiction. Quant au dernier *chapitre 9*, il propose des recommandations pour le développement de l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions basées sur les résultats de l'étude et les normes nationales et internationales du rapport de synthèse.

Les lecteurs et lectrices pressées trouveront une synthèse des résultats dans les conclusions intermédiaires de chaque chapitre.

2 Objectifs et questions de recherche

La présente étude a pour objectif de proposer aux cantons des bases invitant ces derniers à réfléchir à l'organisation de l'aide dans le domaine des addictions (c'est-à-dire le pilotage, la conception de l'offre, la collaboration avec les prestataires, les parcours de soins, etc.) et à innover en la matière. Cette démarche met l'accent sur la coopération intercantonale.

Afin de pouvoir proposer des bases de pilotage de l'aide dans le domaine des addictions, la présente étude couvre quatre domaines d'analyse : l'analyse de l'offre dans les cantons (partie A), l'analyse détaillée de l'offre et de son utilisation dans le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » (partie B), le pilotage de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions dans les cantons (partie C) et l'état des lieux de l'offre et des tendances de développement (partie D). Les sections ci-dessous développent brièvement les questions clés de recherche dans ces quatre domaines d'analyse.

2.1 Les analyses de l'offre et de son utilisation (parties A et B)

L'inventaire des offres dans les cantons a pour objectif de mettre en évidence l'éventail d'offres de chaque canton et l'interdépendance des cantons entre eux. Dans le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement », l'analyse de l'offre a été agrémentée d'une analyse de l'utilisation de l'offre (partie B). L'inventaire couvrait les questions suivantes :

- De quels types et de combien de types d'offres d'aide dans le domaine des addictions les cantons disposent-ils à *l'intérieur* et/ou à *l'extérieur* de leurs frontières ?
- Quelles sont les caractéristiques de la clientèle du cible « Thérapie, conseil et hébergement » ?
- Quels types d'offres dans le domaine cible enregistrent une forte demande à la date de référence (le 31 décembre 2021) et durant l'année 2021? Quelles sont les offres les moins sollicitées ? Où peut-on s'attendre à des altérations de la demande à l'avenir ?
- Quels cantons et quels types d'offres sont-ils concernés par l'interdépendance des cantons au regard de l'offre et de son utilisation ?

2.2 Comparaisons du pilotage de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions entre les différents cantons (partie C)

Pour envisager la coopération intercantonale ou régionale, il est indispensable de comprendre la manière dont chaque canton pilote l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Les inventaires visent donc à identifier les particularités et les « bonnes pratiques » du pilotage cantonal et à évaluer les différentes possibilités d'instaurer un système de pilotage intercantonal. Les questions suivantes constituent le fil rouge de la partie C :

- Comment les cantons pilotent-ils l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions ?
- Quels sont les instruments et les bases à leur disposition à cet effet ?

2.3 L'état des lieux de l'offre et les tendances de développement en fonction des besoins (partie D)

Les évolutions au sein de la société entraînent continuellement des changements dans les formes et les modèles d'addiction, exerçant ainsi une forte influence sur l'évolution des besoins. Pour développer une offre adéquate, il semble judicieux d'établir un état des lieux des soins dans le canton et de réfléchir aux tendances de développement. Cela soulève les questions suivantes :

- Comment établir l'état des lieux des soins dans les cantons (la sur- ou sous-utilisation, les lacunes de l'offre, la nécessité d'une coordination entre les types d'offre ou les cantons) ?
- Quelles sont les évolutions et tendances structurelles pertinentes de l'offre d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions et de son utilisation ? Comment les besoins futurs sont-ils évalués ?

3 Les bases et une approche méthodique

3.1 L'élaboration d'une typologie des offres d'aide en matière d'addiction

Avant d'effectuer une analyse comparative de l'offre entre les cantons, il est indispensable d'établir une typologie systématique et cohérente des offres d'aide en matière d'addiction. Cette catégorisation par domaine permet de regrouper les offres de manière synthétique et donc de les comparer (Stremlow et al., 2019, p. 91). À ce jour, aucune classification homogène de l'aide en matière d'addictions n'a été établie² pour servir de référence au pilotage. En effet, les classifications établies jusque-là différencient davantage les prestataires de services que les prestations à proprement parler. Or, pour le pilotage politique et l'appréciation des évolutions, les informations sur les prestataires sont insuffisantes, car il arrive souvent qu'un ou une prestataire propose plusieurs offres différentes. Ainsi, l'élaboration d'une typologie commune de l'offre de services d'aide en matière d'addictions constituait la première étape de ce projet et a servi de référence pour définir le domaine cible de l'analyse de l'offre et de son utilisation.

La typologie de l'offre sert à établir l'inventaire des services d'aide en matière d'addictions proposés dans le canton, indépendamment de leur mode d'organisation ou de financement. Cette base permettra pour la première fois de comparer les cantons. Lors de l'élaboration de cette typologie de l'offre, la couverture la plus large possible des différenciations était au centre des préoccupations. Cette typologie doit être formulée de façon compréhensible et appropriée pour les acteurs et actrices compétent·es, car elle est utilisée ultérieurement dans les questions concernant le pilotage, et reste uniforme d'un inventaire à l'autre.

Le rôle de l'équipe de la Haute école de Lucerne – Travail social était, premièrement de systématiser l'homogénéisation des différenciations proposées, deuxièmement, de garantir le recensement de toutes les offres de prestations en fonction de l'état actuel des connaissances de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions, et troisièmement, d'examiner dans quelle mesure la typologie des offres ainsi développée peut constituer une base de données appropriée pour aborder les questions de pilotage de l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions. Les informations ont été puisées des ateliers auxquels ont participé les représentant·es intéressé·es de la CDCA, des réunions du groupe principal du projet, des typologies issues des données concernant les addictions dans les cantons

² Il existe une série de typologies et de classifications différentes, qui ont été développées pour des usages spécifiques. Par ex. : le système de monitoring *act-info* recueille et évalue des données uniformes pour toute la Suisse concernant la clientèle des thérapies ambulatoires et résidentielles en matière d'addiction (Sucht Schweiz 2020). En outre, les établissements médicosociaux (Somed) sont répertoriés par l'Office fédéral de la statistique (Bundesamt für Statistik 2008, 2020) et *Infodrog* effectue un monitoring annuel du taux d'occupation/utilisation et du nombre de places dans les établissements de thérapie résidentielle des addictions (Infodrog 2020a). *Infodrog* fournit également l'indice d'addiction (Infodrog 2020b), une base de données destinée aux personnes présentant des addictions. On trouve également une typologie uniforme pour l'analyse du financement de l'aide en matière d'addictions (Gehrig et al. 2012; Künzi et al. 2019). Des enquêtes cantonales visant à améliorer le pilotage cantonal ont en outre été mandatées (Arnaud et al. 2019; da Cunha et al. 2009; Künzi et al. 2018) ou saisies et publiées de manière indépendante (notamment le département de la santé du canton de Bâle-Ville 2019).

et la Suisse entière, de la documentation fournie par l'Office fédéral de la santé (Office fédéral de la santé et la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool et aux drogues et pour la prévention du tabagisme (Office fédéral de la santé 2010), d'une analyse de l'aide en Allemagne (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2019), ainsi que de la littérature scientifique (dont Egger et al. 2017, Laging 2018, Reynaud et al. 2016, Schmidt & Hurrelmann 2000).

La typologie des offres de services ainsi développée comporte les **distinctions clés** suivantes :

- (1) Elle permet de *distinguer les types de l'offre*, et non les offres, les organismes responsables et encore moins les prestataires de services. Cela signifie :
 - a) que les organismes responsables peuvent exercer leurs activités dans plusieurs types d'offres ;
 - b) que les offres qui ne sont pas exclusivement spécialisées dans l'aide en matière d'addictions sont également incluses.
- (2) Cette typologie comprend exclusivement les offres *spécifiques aux addictions*³. Une offre est considérée comme s'adressant spécifiquement aux groupes cibles de l'aide en matière d'addictions lorsqu'elle est conceptuellement assumée comme telle.

La typologie de l'offre n'établit aucune distinction en fonction des groupes cibles définis par l'étape de vie, le sexe, l'origine migratoire ou la forme d'addiction. Ces caractéristiques ont été recueillies auprès des prestataires dans le questionnaire concernant les taux d'utilisation de l'offre psychosociale et sociopédagogique dans le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement ».

³ Sachant que l'aide dans le domaine des addictions est proposée dans de nombreux autres établissements non spécialisés dans les addictions.

Tableau 1 : typologie de l'aide dans le domaine des addictions

1 Promotion de la santé, prévention et repérage précoce
1.1 Communication (sensibilisation) concernant la prévention des addictions et la promotion de la santé
1.2 Plans d'action, programmes d'action et campagnes cantonales
1.3 Communication (sensibilisation) concernant le dépistage et l'intervention à un stade précoce
2 Thérapie et conseil
Offre de base
2.1 Accompagnement et thérapie ambulatoires en matière d'addiction (thérapie psychosoc. non financée par la LAMal)
2.2 Médecine ambulatoire des addictions (financée par l'assurance maladie)
2.3 Thérapie résidentielle des addictions (non financée par l'assurance maladie)
2.4 Médecine résidentielle des addictions (financée par l'assurance maladie)
Offre spécialisée
2.5 Traitement avec prescription d'héroïne
2.6 Traitement de substitution/thérapie par agonistes opioïdes (TSO)
2.7 Groupes d'entraide pour les personnes présentant une addiction et/ou leurs proches
2.8 Applications pour pratiquer l'autoréflexivité, l'autogestion et l'autocoaching
2.9 Consultations et thérapie par voie électronique
2.9 Offre spécialisée adressée aux proches et à l'entourage
2.11 Organisations de placement familial pour les personnes présentant une addiction
Hébergement, activité professionnelle et emploi
2.12 Hébergement assisté dans une institution (avec/sans structures d'accueil de jour)
2.13 Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire
2.14 Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées
2.15 Programmes d'emploi non résidentiels spécifiques aux addictions
2.16 Réinsertion professionnelle non résidentielle spécifique aux addictions
3 Réduction des risques et dommages
3.1 Points de rencontre à bas seuil sans possibilité de consommer
3.2 Centres de contact et d'accueil à bas seuil avec la possibilité de consommer
3.3 Hébergement d'urgence
3.4 <i>Housing First</i>
3.5 Travail social « hors murs »/travail social de rue
3.6 Distribution de matériel d'injection stérile
3.7 <i>Drug Checking</i>
3.8 Diffusion d'informations concernant la consommation à moindres risques (<i>Safer Use</i>) et alertes concernant les substances
3.9 Promouvoir les mesures favorisant la réduction des risques de la consommation de substances lors de mani-
4 Réglementation et exécution de la loi
4.1 Protection des mineurs – achats-tests d'alcool
4.2 Exécution de la loi spécifiques aux addictions
4.3 Aide en matière d'addictions en milieu carcéral (par ex. substitution, groupes d'entraide)
4.3.1 Distribution de matériel d'injection stérile en milieu carcéral
4.4 Prestations d'aide en matière d'addictions dans le cadre de la liberté surveillée et de l'assistance de probation

3.2 Définition du domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement »

En sus de l'inventaire des prestations cantonales, ce projet comprend également un recensement des taux d'utilisation de certains types d'offres. Le domaine « Thérapie, conseil et hébergement » a été choisi parmi les types de prestations qui relèvent de la compétence des cantons et qui, aux yeux des cantons, présentent le plus grand besoin d'être pilotés. Selon l'évaluation de la CDCA, il s'agit des prestations de *thérapie ambulatoire et résidentielle* ainsi que des *offres d'hébergement* adressées aux personnes présentant des problèmes d'addiction⁴. Le domaine cible de l'inventaire comprend les « prestations de base⁵ » (2.1, 2.3), l'« hébergement » (2.12 à 2.14) et les « organismes de placement familial » (2.11) du domaine de l'offre « thérapie et conseil », ainsi que les « hébergements d'urgence » (3.3) et le « *Housing first* » (3.4) du domaine de l'offre « réduction des dommages et des risques ». Le *Tableau 2* récapitule les types d'offre du domaine cible.

Tableau 2 : types de prestations dans le domaine « Thérapie, conseil et hébergement »

Domaine cible	Contexte pertinent
Offre psychosociale/sociopédagogique	Offre médicale
<i>Non financé par la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)</i>	<i>Financé par la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)</i>
Type 1a : accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction	Type 1b : médecine ambulatoire des addictions
Type 2a : thérapie résidentielle des addictions	Type 2b : médecine résidentielle des addictions
Type 3 : hébergement assisté dans une institution ⁶	
Type 4 : hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire	
Type 5 : accompagnement ambulatoire dans les résidences privées	
Type 6 : organisations de placement familial pour les personnes présentant une addiction	
Type 7 : hébergements d'urgence	
Type 8 : <i>Housing First</i> ⁷	

Les discussions ont mis en évidence la nécessité de délimiter les types d'offres 1 et 2 par rapport aux offres pilotées par la planification hospitalière et financées par l'assurance maladie et par les subventions cantonales. Bien que le projet de recherche se concentre sur les offres relevant de la compétence cantonale, le tableau montre qu'il existe manifestement des prestations complémentaires dans le domaine médical relevant de la compétence conjointe de la

⁴ Le rapport annuel 2019 à propos de la Stratégie nationale addictions 2017–2024 confirme l'accent mis sur le deuxième champ d'action. Ce projet constitue une priorité de l'année 2020 dans le champ d'action « Thérapie et conseil » (Office fédéral de la santé 2020, p. 8).

⁵ En raison de la difficulté à proposer une définition, nous avons renoncé aux deux types d'offres que sont l'« Accompagnement semi-résidentiel en matière d'addiction et thérapie semi-résidentielle (non financés par la LAMal) » et la « Médecine semi-résidentielle des addictions (financée par la LAMal) ».

⁶ Avec / sans structures de jour.

⁷ Cf. par exemple Fabian, Carlo ; Müller, Esther ; Zingarelli, Jacqueline et Daurù, Andreas (éd.) : *le Housing First*. Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit [Un concept (presque) nouveau de lutte contre l'absence de domicile fixe]. À consulter à l'adresse suivante : http://www.schwarzerpeter.ch/wp-content/uploads/2020/07/Housing-First_2020.pdf.

Confédération et des cantons. Au vu de la pertinence de telles offres pour le pilotage de l'aide en matière d'addictions, elles ont également été prises en compte dans les inventaires d'offres des cantons.

3.3 Concept d'inventaire

Afin de répondre aux questions de recherche, les données ont été recueillies selon différentes méthodes et auprès de différents groupes cibles. Le *Tableau 3* ci-dessous récapitule la procédure de recherche :

Tableau 3 : Méthodologie de recherche

Domaine analysé	Méthode de recueil de données	Bases de données	Évaluation
(A) L'éventail de l'offre cantonale	A : Questionnaire par voie électronique	Responsables dans les cantons ⁸	Statistiques descriptives
	B1: Questionnaire par voie électronique	Responsables dans les cantons	
(B) L'offre et son utilisation dans le domaine « Thérapie, conseil et hébergement »	B2 : Questionnaire par voie électronique	Prestataires dans le domaine cible	Statistiques descriptives
	B3: Mandat supplémentaire confié à l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN)	Analyse secondaire de la « Statistique médicale des hôpitaux » (2020)	
(C) Pilotage cantonal	C1: Questionnaire par voie électronique	Responsables dans les cantons	Statistiques descriptives
	C2: Analyse de la documentation	Documentation cantonale	Analyse de documents
	C3: Entretiens téléphoniques	Responsables dans les cantons	Analyse qualitative
(D) L'évaluation de l'offre et les tendances de développement	B2: Questionnaire par voie électronique D : Entretien avec le groupe de travail	Expert·es de l'aide en matière d'addictions dans le canton	Analyse qualitative

Recueil des données de la partie A : éventail de l'offre cantonale

La **partie A** de l'enquête concerne la palette d'offres des cantons. Elle s'adresse aux délégué·es cantonaux aux problèmes des addictions⁹. Cet inventaire avait pour objectif de refléter la diversité de l'offre cantonale dans les quatre champs d'action de la Stratégie nationale Addictions (2017 à 2024) ainsi que l'interdépendance des offres entre les différents cantons. Pour établir cet inventaire, les offres ont été différenciées en fonction de leur emplacement géographique, c'est-à-dire à l'intérieur versus à l'extérieur des frontières cantonales. Le questionnaire A s'intéressait aux offres ou aux types d'offres d'aide dans le domaine des addictions, et non aux organismes responsables ou aux prestataires ; par conséquent, les prestataires dont les

⁸ Les responsables dans les cantons : en règle générale, les délégué·es cantonaux aux problèmes des addictions assuraient cette tâche pour leur canton. Dans certains cantons, les tâches ont été (partiellement) confiées à d'autres collaborateurs ou collaboratrices du canton dans le cadre du projet.

⁹ Ou aux personnes chargées de réaliser l'inventaire dans les cantons.

activités couvraient plusieurs types d'offres ont été pris·es en compte à plusieurs reprises. Seules les prestations **spécifiques aux addictions** ont été recensées dans le cadre du présent inventaire.

Les champs d'action 1 à 4 de la Stratégie nationale Addictions (anciennement dénommés les quatre piliers de la politique suisse des addictions) servent de référence. La typologie des offres tient également compte des services proposés par des prestataires n'étant *pas exclusivement* spécialisés dans l'aide dans le domaine des addictions (par ex. les hôpitaux psychiatriques). La première ligne distingue l'offre proposée au sein du canton de celle mise à disposition à l'extérieur du canton. La deuxième ligne indique les formes d'organismes responsables de l'offre à l'intérieur du canton ou les relations juridiques avec l'offre à l'extérieur du canton.

Les données de la partie A : 22 cantons ont renseigné leur palette d'offres de façon exhaustive. Les données manquantes concernant les offres et les formes d'organismes responsables ont pu être obtenues ultérieurement, dans la mesure du possible, après consultation des délégué·es cantonaux aux problèmes des addictions. Néanmoins, certaines palettes d'offres cantonales comportaient la mention « données manquantes » pour les types d'offres dont les formes d'organismes responsables ou les relations juridiques étaient inconnues.

Le recueil de données de la partie B : les offres et leur utilisation dans le domaine « Thérapie, conseil et hébergement »

Dans la **partie B**, les offres du domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » ainsi que leur utilisation ont été recueillies en deux étapes. Les délégué·es cantonaux étaient responsables non seulement de cette partie de l'inventaire, mais également de la coordination de l'inventaire auprès des institutions prestataires. *Premièrement*, ils et elles ont recensé dans un modèle Excel (questionnaire B1) toutes les offres proposées dans le domaine cible à l'intérieur du canton depuis 2018 (entretemps échues ou encore d'actualité). Les types d'offres présentés dans le *tableau 2* font partie du domaine cible. **Dans ces inventaires, le terme « offre » désigne l'ensemble des prestations fournies par un organisme responsable dans le périmètre d'un type d'offre.** Autrement dit, un organisme responsable pouvait mentionner tout au plus une offre par type d'offre. À d'autres étapes encore, l'inventaire différenciait encore d'autres caractéristiques des offres, telles que les différents sites ou groupes cibles. Les prestations financées par la Loi sur l'assurance maladie (LaMal) connexes au domaine cible ont également été prises en compte dans cette partie.

Deuxièmement, les prestataires recensé·es dans le questionnaire B1 ont été questionné·es concernant l'utilisation de leur offre¹⁰. Pour connaître les taux d'utilisation de leurs offres, il a fallu demander aux organismes responsables dont les offres se répartissent sur plusieurs types d'offres de compléter un questionnaire pour chaque type d'offre. Cette partie a été coordonnée par les délégué·es cantonaux. Ils et elles ont envoyé les questionnaires Excel prévus à cet effet, accompagnés de la lettre d'information aux prestataires, se sont assuré·es de leur retour et ont compilé les données. Durant ces étapes, la plausibilité des données était au centre des préoccupations : il s'agissait non pas de compléter autant que possible l'intégralité des champs de réponse, mais plutôt de ne fournir des données que lorsque les organismes responsables interrogés disposaient de chiffres fiables. L'analyse de l'utilisation portait sur la *demande actuelle, la volatilité de celle-ci, les caractéristiques de la clientèle, les groupes ciblés par les offres et les prestations, les instances référentes et les offres de liaison les plus fréquentes,*

¹⁰ Une offre comprend toutes les prestations d'un organisme responsable au sein d'un type d'offre.

ainsi que l'interdépendance des cantons au regard de leur offre de part et d'autre de leurs frontières respectives. En outre, les institutions prestataires ont été interrogées concernant les éventuelles lacunes de l'offre et des soins et l'évolution des besoins à l'avenir.

Les données de la partie B1 : l'ensemble des délégué-es cantonaux a complété le questionnaire Excel B1 de manière exhaustive. C'est sur la base de ce questionnaire que les questionnaires B2 ont été élaborés à l'attention des organisations prestataires dans le domaine cible.

Les données de la partie B2 : au total, **301 questionnaires** ont été envoyés à **189 prestataires** dans le domaine cible. De ces questionnaires, 268 ont été retournés dûment complétés puis compilés par les délégué-es cantonaux aux problèmes des addictions ou leurs représentant·es au sein du canton. Cependant, en raison de données manquantes¹¹, huit questionnaires n'ont pas pu être exploités pour analyser les caractéristiques de la clientèle. De ce fait, le taux net de réponse aux questionnaires B2 était de 86 %.

Tableau 4 : taux de réponse au questionnaire par les prestataires (B2)

	Type 1a ¹²	Type 2a ¹³	Type 3 ¹⁴	Type 4 ¹⁵	Type 5 ¹⁶	Type 6 ¹⁷	Type 7 ¹⁸	Type 8 ¹⁹
Nombre de prestataires interrogés	85	41	71	39	35	5	15	8
Nombre de prestataires répondants	77	37	66	30	32	4	15	6
Taux de réponse (brut)	91%	90%	93%	77%	91%	80%	100%	75%

Données de la partie B3 : l'analyse de l'utilisation dans le domaine cible comprend en outre l'analyse secondaire (B3) des données issues de la « Statistique médicale des hôpitaux » (Office fédéral de la statistique [OFS], 2020b). Par conséquent, aucune donnée n'a été recueillie auprès des cantons. La typologie des offres dans le domaine cible (tableau 2) met en évidence qu'il existe des offres d'aide ambulatoires et résidentielles en matière d'addictions principalement financées par la Loi fédérale sur l'assurance maladie et pilotées la planification hospitalière. Vu que les services de médecine des addictions sont financés par des structures nationales relevant de la LAMal, les possibilités de pilotage par les cantons sont limitées dans ce secteur. Cependant, l'utilisation des services de médecine des addictions est un élément pertinent à prendre en compte dans les questions de pilotage, car ce sont des services qui s'ajoutent aux autres. De ce fait, l'utilisation des services de médecine résidentielle des addictions a été analysée en exploitant les données statistiques médicales brutes issues des hôpitaux

¹¹ C'était le cas par ex. lorsque le nombre saisi ne se rapportait pas à la clientèle présentant une addiction à la date de référence, mais plutôt au nombre de nuitées en 2021, ou à l'ensemble de la clientèle (c'est-à-dire aussi celle sans problème d'addiction) de l'offre.

¹² Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction.

¹³ Type 2a : Thérapie résidentielle des addictions.

¹⁴ Type 3 : Hébergement assisté dans une institution.

¹⁵ Type 4 : Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire.

¹⁶ Type 5 : Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées.

¹⁷ Type 6 : Organismes de placement familial.

¹⁸ Type 7 : Hébergements d'urgence.

¹⁹ Type 8 : Housing First.

(OFS, 2020b). L'OBSAN a eu pour mission d'effectuer l'analyse secondaire des statistiques médicales des hôpitaux²⁰.

Dans le cadre de l'analyse secondaire de la « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS, 2020b), l'OBSAN a tenu compte de tous les cas de soins psychiatriques²¹ présentant un diagnostic principal des **groupes F10 à F19 de la CIM²²**, à savoir les « **troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives** », ainsi que les cas présentant un diagnostic principal de « jeu pathologique » (F63.0). Cette analyse a tenu compte de tous les cas résidant dans un même canton participant et de tous les cas traités dans une clinique établie dans un canton participant. Un cas correspond en principe à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital au cours d'une année ont été pris en compte. En psychiatrie, les cas ayant passé toute l'année à l'hôpital ont également été pris en compte. Les cas qui, sous certaines conditions, ont été hospitalisés une nouvelle fois dans les 18 jours, sont regroupés sous un seul et même numéro de cas.

Les données de la partie C : pilotage cantonal

Dans la **partie C**, le recueil des données servant à analyser le pilotage cantonal de l'aide en matière d'addictions comprend trois approches méthodologiques : le questionnaire écrit (Excel) concernant la pluralité des pilotages cantonaux de l'aide dans le domaine des addictions (partie C1), le recueil des bases stratégiques et légales sur lesquelles repose l'aide dans le domaine des addictions et servant à analyser les documents (C2) et l'entretien téléphonique, grâce auquel les connaissances acquises ont été approfondies et discutées avec les délégué-es cantonaux (C3). Ces recueils de données ont pour objectifs de comprendre l'*hétérogénéité des approches de pilotage* adoptées par les cantons et d'identifier les *limites structurelles du pilotage*. Pour ce faire, il a fallu analyser la pluralité (Tabatt-Hirschfeldt 2017) des pilotages cantonaux, le degré d'institutionnalisation du pilotage et le développement de l'offre planifié. Cette analyse a été réalisée à trois niveaux de la politique des addictions :

- 1) **Le niveau du système global**, c'est-à-dire le pilotage cantonal global et sa planification (niveau macro)
- 2) **Le niveau des prestations de services**, c'est-à-dire la collaboration avec les institutions prestataires (niveau meso)
- 3) **Le niveau de la gestion des cas**, c'est-à-dire la gestion de cas individuels (niveau micro)

Les données de la partie C : le questionnaire C1 a été complété par les tous les cantons et un entretien guidé a pu être mené avec les délégué-es cantonaux aux problèmes des addictions²³ dans 22 cantons. En outre, les cantons ont remis à l'équipe de recherche de nombreux documents concernant le pilotage cantonal (notamment le rapport sur les addictions, les bases légales, les lignes directrices, les structures des comités, les rapports de monitoring, etc.).

Le recueil des données de la partie D : l'état des lieux de l'offre et les tendances de développement

²⁰ Tous les cantons participants ont donné leur consentement à ce que L'OBSAN puisse analyser les données des institutions prestataires.

²¹ Pour la délimitation du domaine de soins, voir : <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/delimitation-et-definition-du-cas-MS>.

²² La CIM 10 : classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e édition.

²³ Ou avec la personne chargée de réaliser l'inventaire au sein du canton.

Pour analyser l'évaluation de l'offre et les tendances de développement dans la **partie D**, des entretiens de groupes de discussion ont été menés avec des expert·es de l'aide dans le domaine des addictions dans les cantons concernés. L'entretien avec les membres du groupe de discussion a permis de recueillir et discuter des différents points de vue des acteurs et actrices concernés par l'aide en matière d'addictions. Faisaient en règle générale partie des participant·es, les représent·ess des administrations cantonales ainsi que les institutions prestataires de l'aide en matière d'addiction et de la médecine des addictions.

Les données de la partie D : au total, **20 entretiens de groupes de discussion** ont été menés **avec 181 expertes et experts cantonaux**. Dans le canton du Valais, il n'a pas été possible d'organiser un entretien avec un groupe de discussion. Dans le canton d'Obwald, il n'a pas non plus été possible d'organiser un entretien spécifique avec un groupe de discussion en raison de changement du personnel et du faible nombre d'organisations prestataires. En raison de l'étroite interconnexion des acteurs et actrices prestataire de l'aide en matière d'addictions dans les cantons de Lucerne, Obwald et Nidwald, un groupe de discussion régional commun a été mis sur pied. Y ont participé les experts et expertes cantonales de l'aide en matière d'addictions de Lucerne et les délégué·es cantonaux aux problèmes des addictions des deux autres cantons.

3.4 L'intégration des résultats de l'étude et les limitations

Ce projet a pour objectif de favoriser le pilotage (inter)cantonal de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Sa priorité est d'établir, *pour la première fois en Suisse, une comparaison intercantonale systématique dans le domaine du pilotage de l'aide en matière d'addiction*, et de mettre en évidence les possibilités de coopération. Pour atteindre cet objectif général, une collecte de données autonome a été conçue dans le sens d'une triangulation des méthodes, qui ont été éprouvées dans le cadre d'un pré-test sous forme d'enquêtes dans quatre cantons (*section 3.3*). Ce projet s'est ainsi concentré sur la description de l'état des lieux de l'offre et du pilotage cantonal et ne constitue donc *qu'une base* pour la conception ultérieure du pilotage (inter)cantonal de l'aide en matière d'addictions.

Or, ces travaux constituent aussi *une base* permettant d'observer à l'avenir le champ de l'aide en matière d'addictions dans toute la Suisse et en comparaison intercantonale, dans le sens d'un monitoring. Une typologie de l'offre largement étayée a été développée pour *recenser l'ensemble du champ de l'aide en matière d'addiction de façon systématique et cohérente*. Dans le but de mettre en place un pilotage global, la base de données de ce projet pourrait être progressivement étoffée lors de cycles ultérieurs de collectes de données qui par ailleurs pourraient être institutionnalisées comme une routine. La présente étude transversale deviendrait alors une étude longitudinale (Ludwig-Mayerhofer, 2020). Les sections suivantes décrivent les limitations de la présente étude dans le but non seulement d'améliorer l'intégration des résultats de l'étude, mais aussi de développer la recherche future dans le domaine de l'aide en matière d'addictions en Suisse.

Les cantons participants

Ce projet avait pour ambition d'analyser les bases du pilotage (inter)cantonal dans toute la Suisse. Les *cantons de Genève et du Tessin* ont renoncé à participer à cette enquête. Les *cantons de Glaris et d'Appenzell Rhodes-Intérieures* ont interrompu leur participation au cours de la première phase de l'enquête en raison d'une pénurie de ressources. De ce fait, les données de quatre cantons n'ont pas pu être prises en compte. La validation des données du

canton de Neuchâtel n'a pas pu être finalisée par les responsables dans le canton. Lorsque le présent rapport fait des déclarations concernant toute la Suisse, celles-ci se réfèrent en réalité aux données des *22 cantons ayant participé à l'étude*. Les usagers et usagères résidant dans les quatre cantons exclus, mais qui, à la date de référence, avaient recours à une offre dans le domaine cible dans un canton participant, ont été pris·es en compte dans la présente étude. Dans l'analyse secondaire de la « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS, 2020), l'OBSAN a tenu compte de tous les cas résidant dans un canton participant et de tous les cas traités dans une clinique établie dans un canton participant. En revanche, cette analyse secondaire n'a pas tenu compte des cas résidant dans un canton qui n'a pas participé et des cas traités dans une clinique d'un canton n'ayant pas participé (TI, GE, GL, AI).

L'auto-déclaration

À l'exception des données de la « Statistique médicale des hôpitaux », les résultats du présent rapport se basent sur une *auto-déclaration* des responsables dans les cantons, des organisations prestataires interrogées dans le domaine cible ainsi que des experts et expertes cantonales de l'aide en matière d'addictions.

Le recueil de données à la date de référence dans le domaine cible

Sachant que le domaine de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions est en constante évolution, l'enquête auprès des prestataires du domaine cible avait pour date de référence le 31 décembre 2021. Les données des analyses de l'offre et de l'utilisation dans le domaine cible ne reflètent qu'un *instantané*. Par conséquent, les résultats dans le domaine cible n'incluent pas les *tendances* relatives aux besoins et à l'utilisation. Les déclarations concernant les évolutions perçues et attendues se fondent sur les analyses qualitatives des déclarations des expert·es de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Pour pouvoir évaluer l'évolution réelle des besoins, de la demande et de l'offre, il faudrait recueillir les mêmes données à intervalles réguliers.

La pertinence des palettes d'offres cantonales

Les données recueillies dans la partie A (les palettes d'offres cantonales) se fondent sur une auto-déclaration des délégués et déléguées cantonales aux problèmes des addictions ou de leurs représentant·es cantonales et ne contiennent *aucune information sur le nombre d'offres*. Seul l'existence des offres a été prise en compte dans chacun des types d'offre. Cela signifie par ailleurs qu'il est possible d'évaluer le degré de couverture de l'offre d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions à condition de tenir compte d'autres données complémentaires (comme par ex. la demande, la taille, le degré d'urbanisation).

Les recueils de données dans le domaine cible et dans la médecine des addictions

Les enquêtes menées auprès des organisations prestataires dans le domaine cible visaient à analyser l'état des lieux des soins. Aucune conclusion ne peut être tirée concernant la qualité des prestations fournies aux usagers et usagères ou les tendances d'évolution des coûts. En outre, les données ont été évaluées par type d'offre. De ce fait, aucune conclusion ne peut être tirée sur une offre en particulier. Durant les enquêtes, la plausibilité des données était au centre des préoccupations. Afin d'éviter les approximations, les prestataires ont été prié·es de ne fournir des informations que lorsque celles-ci se fondaient sur *des chiffres fiables*. Les responsables dans les cantons avaient pour tâche de compiler les données de l'enquête menée auprès des prestataires dans le domaine cible (B2). Cette manière de procéder a entraîné des disparités dans la qualité des données. Cela s'est notamment traduit par des *questionnaires manquants ou des données mal renseignées* pour certains indicateurs. Les valeurs manquantes sont également dues au fait que certaines organisations prestataires ne disposaient

pas d'un système de monitoring interne chargé d'enregistrer systématiquement les indicateurs requis.

Étant donné que les périodes de recueil des données diffèrent entre les données de la « Statistique médicale des hôpitaux » (2020, année complète) et les informations recueillies dans la présente étude (à la date de référence du 31 décembre 2021), la comparabilité entre les offres psychosociales, sociopédagogiques et médicales est limitée. Une analyse secondaire des offres de médecine ambulatoire des addictions n'a pas pu être réalisée dans le cadre de cette étude. En effet, une analyse secondaire de la « Statistique des patients ambulatoires des hôpitaux » ne serait pas suffisamment comparable aux données recueillies dans la présente étude et nécessiterait des efforts considérables. Dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4), il se peut que certaines offres d'aide psychosociale et sociopédagogique aux personnes en situation de handicap qui traitent entre autres des personnes présentant une addiction, n'aient pas été prises en compte dans l'enquête : soit parce qu'elles ne s'adressaient pas spécifiquement aux personnes présentant une addiction, soit parce qu'elles n'étaient pas conceptuellement assumées comme spécifiquement destinées à ces personnes en particulier. Les introductions aux sections du *chapitre 6* fournissent des explications concernant la base de données sur les caractéristiques des usagers et usagères du domaine cible et la médecine résidentielle des addictions.

L'effet de la pandémie de Covid-19 sur les enquêtes

La collecte des données de cette étude s'est déroulée entre l'automne 2021 et le printemps 2022. Durant cette période, la pandémie de Covid-19 se faisait encore nettement sentir. Il convient de tenir compte des distorsions dues à l'effet de Covid-19, notamment en ce qui concerne les résultats relatifs au taux d'occupation, à l'estimation de l'évolution des besoins et aux tendances perçues, en particulier en ce qui concerne les groupes d'âge des enfants, des adolescent·es et des jeunes adultes.

Le financement

La manière dont les offres d'aide en matière d'addictions sont financées dans les cantons n'a pas été enregistrée de manière systématique dans le cadre de cette étude. Les enquêtes menées auprès des cantons (C1) et des organisations prestataires (B2), ainsi que les interviews de groupes de discussion avec des expert·es de l'aide cantonale en matière d'addiction (D) ont toutefois mis en évidence plusieurs défis liés aux disparités de financement entre les cantons et entre les offres psychosociales et sociopédagogiques d'une part et médicales d'autre part. L'interprétation de ces résultats peut s'appuyer sur l'étude menée par Künzi, Liesch et Jäggi (2019) sur l'état des lieux du financement de l'aide en matière d'addictions en Suisse ou sur l'étude publiée récemment par le GREA et intitulée « Rapport de synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addiction en Suisse : enjeux et pistes d'action ». Néanmoins, il est recommandé d'examiner également les bases légales, qui diffèrent fortement d'un canton à l'autre. En effet, cela permettra d'adapter la législation de manière à garantir dans tous les cantons l'application des normes nationales et internationales de l'aide en matière d'addictions décrites au *chapitre 4*.

Le point de vue des usagers et des usagères

Cette étude n'a pas interrogé les usagers et usagères de l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions. Pour connaître les facteurs de réussite et les défis dans le système d'aide en matière d'addictions, il est recommandé de réaliser d'autres études qui tiennent compte le point de vue et le savoir empirique des usagers et usagères. C'est la seule manière de tirer des conclusions sur la qualité des traitements et accompagnements et des offres de

suivi. Dans l'état actuel de la recherche, les personnes qui recourent de manière autonome à des offres d'aide en matière d'addictions et/ou qui les financent de leur poche sont particulièrement sous-représentées.

4 Les normes et les possibilités de développement dans l'organisation de l'aide dans le domaine des addictions

Sur la base d'une synthèse d'une sélection de connaissances internationales et nationales sur l'organisation de l'aide en matière d'addictions (planification, pilotage, fourniture de prestations et évaluation), un rapport « State-of-the-Art » (Lischer, Eder, StremLOW, Wyss, Knecht & Häfeli 2022) a été établi dans le cadre du présent projet et a servi de cadre théorique pour l'analyse globale. Approuvé par les membres du Comité consultatif II²⁴, ce rapport a guidé les analyses du présent rapport final ainsi que l'élaboration des recommandations. Le présent chapitre aborde les questions et les potentiels de développement²⁵ susceptibles de contribuer à élaborer la politique des addictions en Suisse. Ces potentiels de développement peuvent être considérés comme des pistes de réflexion adressées aux instances décideuses sur les plans professionnel et politique.

Le cadre analytique de la présentation des potentiels de développement s'inspire du modèle d'organisation du système dans le travail social élaboré par StremLOW, Riedweg et Bürgisser (2019). Ce modèle schématise le système suisse d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions sur quatre niveaux, ce qui réduit sa complexité, et par là-même permet d'établir des rapports de façon plus systématique. Les quatre niveaux présentés dans le tableau ci-dessous résultent du croisement de *deux dimensions d'analyse employées en sociologie* :

1. La théorie des systèmes établit une distinction entre le « système » et l'« environnement » : dans le présent cas de figure, le terme « système » désigne les offres et les prestations d'aide en matière d'addictions, ainsi que les structures ou les conditions-cadres dans lesquelles ces prestations sont fournies. Le terme « environnement », quant à lui, se réfère au contexte social, politique et juridique pertinent de ces prestations de services.
2. La deuxième dimension d'analyse distingue les « fonctions » et les « structures ». Le terme « fonction » désigne les phénomènes sociétaux (tels que la consommation de substances psychoactives) et les tâches qui y sont associées (par ex. pour les traiter ou les maîtriser). Selon le modèle, les « structures » désignent les conditions politiques, légales ou financières dans le cadre desquelles certaines tâches sont effectuées.

²⁴ Membres : Stefanie Knocks (Fachverband Sucht), Roger Mäder (FOSUMOS), Romain Bach (GREA), Camille Robert (GREA), Irene Abderhalden (Infodrog), Silvia Steiner (GDK-CDS), Adrian Eichenberger (directeur des institutions sociales du canton de Zurich), Toni Berthel (président de la Société suisse de médecine de l'addiction), Aline Bernhardt-Keller (responsable des addictions de la ville de Lausanne), Jann Schumacher (OFSP), Joos Tarnutzer (président de la CDCA), Tanja Iff (OFSP).

²⁵ Le texte de ce chapitre correspond pour l'essentiel au sixième chapitre du rapport « State of the Art » (Lischer et al. 2022).

Tableau 5 : les quatre axes de développement de l'aide dans le domaine des addictions, d'après Stremlow et al., (2019)

	Les rapports aux problèmes et les différenciations de l'aide dans le domaine des addictions sur le plan professionnel.	L'alimentation²⁶ et la structuration de l'aide en matière d'addictions
Les conditions-cadres et le pilotage de l'aide en matière d'addictions (l'environnement)	a) La dépendance en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales	b) Le pilotage de l'aide en matière d'addictions
Les prestations et les structures de l'aide en matière d'addictions (le système)	c) Offre et prestations	d) Les systèmes de soins

La section suivante décrit, conformément au modèle, « l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales ». Le *paragraphe 4.2* est consacré aux potentiels de développement du pilotage de la politique des addictions en Suisse et le *paragraphe 4.3* aux potentiels de développement des offres et des prestations. La dernière *section 4.4* traite des potentiels de développement dans les systèmes de soins, par exemple en ce qui concerne la coordination intra- et intercantonale des offres, la promotion de la coopération ou l'orientation de la clientèle.

4.1 Le 1^{er} potentiel de développement : l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales

L'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales

L'addiction à une substance ou l'addiction comportementale repose sur une interaction dynamique et complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Elle a des répercussions sur les plans physique et psychique des personnes, leur environnement social et leur insertion sociale (Lischer, Eder, Stremlow, Wyss, Knecht & Häefeli 2022, p.5-6). En vertu de l'article 3 de la LStup, le canton est tenu de créer des institutions ou de soutenir des organisations privées afin d'assurer *l'accompagnement et la réinsertion* des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, et ce, conformément aux exigences de qualité en la matière (Lischer et al. 2022, 10). Les diverses conséquences d'une addiction sur les plans somatique, psychique, social et professionnel doivent être prises en compte à parts égales.

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- L'exigence de multidisciplinarité et de coopération se reflète-t-elle dans les objectifs et les formes d'organisation ou de mise en œuvre de l'aide en matière d'addictions ?

²⁶ Le terme « alimentation » désigne avant tout le financement de l'aide dans le domaine des addictions et les dispositions légales sur lesquelles elle repose.

- Les offres nécessaires, selon la LStup, art. 3d, à traiter l'ensemble des conséquences (somatiques, psychiques, sociales, professionnelles) d'une addiction sont-elles accessibles à la population du canton ?
- L'addiction est aussi un problème d'ordre social. La dimension sociale est-elle correctement prise en compte ?

4.2 Le 2^e potentiel de développement : l'organisation politique de l'aide dans le domaine des addictions

La mise en œuvre de la Stratégie nationale Addictions dans les cantons

Axée sur huit champs d'action, la Stratégie nationale Addictions (2017–2024) sert de cadre de référence aux acteurs et actrices à tous les étages de la Confédération, aux professionnel·le·s et aux prestataires dans les domaines de la prévention et de l'aide en matière d'addictions, elle propose des points de repère pour la réalisation d'activités et de projets les plus divers en rapport avec les addictions.

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Dans quelle mesure et sous quelle forme les politiques des cantons en matière d'addictions s'alignent-elles sur la Stratégie nationale addictions ?
- Quelle importance est accordée aux différents champs d'action de la Stratégie nationale Addictions dans la politique cantonale des addictions / l'aide en matière d'addictions ?

La politique des addictions comme thème transversal

Dans une perspective de santé publique, la politique des addictions est définie comme un *thème transversal* qui englobe des aspects sanitaires, sociaux et d'autres aspects de la société (par ex. juridiques).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Cette approche transversale se reflète-t-elle dans les bases légales, les objectifs et les formes d'organisation ou de mise en œuvre des politiques cantonales en matière d'addictions ?
- Constate-t-on une interaction entre les structures et les mesures cantonales en matière de santé et de politique sociale (p. ex. dans l'administration auprès des organes interdépartementaux) ?

Les structures de financement comme thème transversal

Il incombe aux professionnel·les impliqué·es dans la politique et l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions de s'assurer, à l'avenir également, que les personnes présentant une addiction aient la possibilité inconditionnelle de bénéficier, selon

le principe de l'égalité des chances, d'une prise en charge et d'un traitement adéquat pour toutes les conséquences (somatiques, psychiques, sociales) de leur trouble liée à une addiction, sans pour autant devoir prendre un risque financier. Dans le système actuel, cela n'est possible qu'à condition de combiner un financement de l'offre et un financement de la personne, ce dernier couvrant en outre le travail des interfaces et de la mise en réseau entre les offres. Le financement devrait être réparti selon des critères de viabilité entre la Confédération, le canton, les communes, les caisses d'assurances (par exemple l'AI, les caisses maladies) et, le cas échéant, la justice (Lischer et al. 2022, p.13).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Où les modèles de financement nationaux et cantonaux s'avèrent-ils efficaces, où des difficultés surviennent-elles ?
- Les besoins indiqués en matière de mesures socioprofessionnelles sociopédagogiques, psychosociales, à bas seuil et de mise en réseau sont-elles suffisamment financées (par ex. les mesures d'intégration sociale et professionnelle, le travail des interfaces ou de mise en réseau spécialisée) ?
- Les structures de financement actuelles aspirent-elles à l'égalité des chances ? Toutes les personnes motivées et à la recherche d'aide peuvent-elles faire appel à toutes les offres d'aide psychosociales et sociopédagogiques en matière d'addictions, sans que le cadre juridique ne les en empêche ou qu'elles ne doivent prendre un risque financier ?

Les incitations inopportunes des structures de financement

L'augmentation du financement de la personne par les établissements d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions représente un défi, en particulier dans le cas d'une addiction chronique et complexe (Lischer et al. 2022, p.11). Si les personnes présentant une addiction rencontrent des problèmes psychosociaux de longue durée ou importants, les instances qui financent les prestations dans le système de santé les relèguent à l'action sociale ; inversement, *les communes* tentent à leur tour de reléguer ces personnes au système de santé dans le but d'éviter de devoir en assumer la charge financière (Lischer et al. 2022, p.12). L'action consistant à référer une clientèle à une institution thérapeutique devrait s'appuyer sur une indication experte. Indépendamment de la principale substance problématique, une indication différentielle devrait se référer au stade de la maladie, à son degré de gravité, à la présence de comorbidités, aux ressources disponibles ainsi qu'à l'insertion sociale et professionnelle (Lischer et al. 2022, p.12-13).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Quelles mesures les cantons prennent-ils pour éviter les incitations économiques inopportunes dans les centres d'indication compétents ou pour garantir la validation des coûts sur la base de critères professionnels ?

4.3 Le 3^e potentiel de développement : les offres et les prestations de service

L'éventail de l'offre d'aide en matière d'addictions au sein du canton

Selon l'OMS et l'ONUDC, les *exigences minimales* d'un système d'aide en matière d'addictions comprennent : des offres d'aide de proximité et à bas seuil, des offres d'accompagnement dans des établissements non spécialisés, des traitements résidentiels et ambulatoires, des offres de traitement médical et psychosocial, des offres à long terme dans des établissements d'hébergement ainsi que des offres de suivi, par ex. dans une structure d'accueil de jour (Lischer et al. 2022, pp.14–15).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Les cantons disposent-ils de toutes les offres fondamentales recommandées par l'OMS/l'ONUDC à l'intérieur de leurs frontières ou accordent-ils à leur population d'accéder à des offres extracantonales par le biais de relations juridiquement contraignantes conclues avec des institutions prestataires établies en dehors du canton ?

L'accès et l'accessibilité des services d'aide en matière d'addictions

Pour planifier des mesures stratégiques et opérationnelles de manière efficace, il est tout d'abord nécessaire d'identifier et de comprendre les barrières et les obstacles à l'accès à l'aide en matière d'addictions. Tandis que certains obstacles sont spécifiques à certains groupes cibles, d'autres barrières sont plus générales – ce qui rend encore plus difficiles les efforts à fournir pour les surmonter (Lischer et al. 2022, p.16).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Existe-t-il des concepts et des initiatives permettant d'identifier, puis d'écartier les obstacles à l'utilisation de l'offre par les personnes présentant une addiction, vulnérables et socialement défavorisées ?
- Quels sont les groupes cibles vulnérables que le système de soins cantonal/régional actuel n'a pas encore (suffisamment) réussi à atteindre ?

Le monitoring de l'aide en matière d'addictions dans les cantons

En Suisse, différents systèmes de monitoring et d'information internationaux, nationaux et cantonaux se prêtent à être exploités dans le but de concevoir un système de soins global. En outre, différents indicateurs de la consommation de substances et des addictions comportementales au sein de la population peuvent compléter les données auto-déclarées issues des enquêtes menées auprès de la population (Lischer et al. 2022, p.17–18).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Les cantons jouissent-ils de l'utilisation de systèmes leur permettant d'observer et de réfléchir de manière systématique aux changements qui s'opèrent en permanence dans les addictions comportementales, puis de prendre des mesures pertinentes en la matière ?
- Les cantons connaissent-ils les prévalences de la consommation de substances et des addictions comportementales au sein de leur population résidente ?
- Les cantons disposent-ils de systèmes de saisie systématiques concernant le recours par leur population aux offres d'aide en matière d'addictions à l'intérieur et à l'extérieur de leurs frontières respectives ?
- Dans quelle mesure les systèmes de monitoring et de rapport internationaux et/ou nationaux sont-ils pris en compte dans le pilotage et l'organisation de l'aide en matière d'addictions au niveau cantonal ?
- Les politiques cantonales en matière d'addiction, avec leurs programmes et leurs mesures, sont-elles conçues de manière à pouvoir réagir de manière flexible aux tendances et aux modèles de consommation et d'addictions comportementales y relatives ?
- Quelles sont les prérequis et les conditions-cadres nécessaires pour mettre en place un monitoring approprié et ciblé ?

Le développement de l'aide en matière d'addictions dans les cantons

Dans chaque canton, il importe qu'une personne ou un organe indépendant (par ex. un.e professionnel.le ou une commission externe au canton) analyse le système cantonal d'aide en matière d'addictions et l'évalue selon des critères professionnels. Cette évaluation selon des critères professionnels permet de mettre en évidence les bases du pilotage et d'attirer l'attention sur les possibilités de développement de la situation actuelle en matière de soins. Les documents et l'évaluation spécialisés qui en résultent sont incorporés à un reporting qui sera établi régulièrement et mis à la disposition des institutions, des politiques et des autorités, de la clientèle et de ses proches, des médias et d'autres groupes encore (Lischer et al. 2022, p.19).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Les cantons mandatent-ils régulièrement des professionnel.le-s pour évaluer leur système de soins selon des critères professionnels ? Comment les nouvelles connaissances concernant les potentiels de développement sont-elles prises en compte dans le pilotage cantonal de l'aide en matière d'addictions ?

4.4 Le 4^e potentiel de développement : les systèmes de soins

La gestion des cas dans le système de soins

Dans le système interdisciplinaire d'aide en matière d'addictions, les offres médicales, psychosociales et sociopédagogiques sont multiples et variées. De ce fait, la mise en réseau et la coordination structurelles et spécifiques à chaque cas constituent des tâches exigeantes et représentent un défi de taille lorsqu'il s'agit de renforcer la coopération entre les différentes institutions (Lischer et al. 2022, p.19). Une mise en réseau et une coordination efficace des différents secteurs de soins contribuent à garantir la transition sans heurts d'une étape à l'autre de l'accompagnement. Le travail dans un système de soins coordonnés peut comprendre les étapes suivantes (Lischer et al. 2022, p.20) :

- Les informations issues des points de premier recours (les médecins généralistes, les soins à domicile, les services sociaux, les entreprises, etc.)
- L'évaluation de la problématique d'addiction
- Le *Case Management*
- La vérification de la réalisation des objectifs au fil du parcours du cas
- L'évaluation/le suivi scientifique

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Comment la coordination des cas et la mise en réseau des différents secteurs de soins/institutions prestataires sont-elles mises en place dans les cantons ? Des procédures systématiques de gestion des cas sont-elles appliquées ?
- Les points de premier recours (les médecins de famille, les services d'aide et de soins à domicile, les services sociaux, les animations pour la jeunesse, les écoles, les employeurs et employeuses, etc.) sont-ils informés régulièrement et systématiquement concernant les évolutions en matière d'addiction et le système d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions ?
- Comment la gestion des cas est-elle pratiquée dans les cantons ?
- Dans quelle mesure des analyses systématiques y relatives sont-elles réalisées à l'échelle des trajectoires de cas ? Qui est responsable de la vérification et de l'évaluation du processus d'accompagnement à l'échelle des cas ?

La coordination cantonale et la coopération entre les institutions prestataires

Si les prestations d'aide en matière d'addictions ne sont pas suffisamment coordonnées, il se peut que la qualité du traitement ou la réalisation des objectifs thérapeutiques en pâtissent. Il convient donc de soutenir et d'encourager une collaboration systématique entre les institutions prestataires, axée sur le parcours de soins. Pour ce faire, deux approches différentes sont possibles : (a) les instances cantonales favorisent la collaboration entre les institutions prestataires (coordination cantonale ; « l'approche *top-down* ») et (b) encourager les coopérations autogérées ou les mises en réseau entre les prestataires (« l'approche *bottom-up* »). Idéalement, les deux approches sont combinées (Lischer et al. 2022, p.22–23).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Les cantons ont-ils pris des mesures pour établir une coordination régulière et systématique entre les institutions prestataires (par ex. moyennant des plateformes d'échange ou des réunions de réseaux des institutions prestataires) ? Un comité cantonal compétent en la matière a-t-il été mandaté à cet effet ?
- Les modèles de collaboration interinstitutionnelle des établissements et des soins intégrés ou coordonnés sont-ils systématiquement favorisés et soutenus ? Des ressources sont-elles mises à disposition à cet effet ?

La collaboration intercantonale et l'organisation de systèmes de soins régionaux

Les structures de soins du système d'aide en matière d'addictions se sont développées au fil du temps et tiennent compte des particularités régionales. De nombreuses organisations d'aide en matière d'addictions se sont établies dans plusieurs cantons. Souvent, les institutions d'aide en matière d'addictions dont l'offre est (hautement) spécialisée mènent leurs activités non seulement à l'intérieur, mais également en dehors du canton, car la zone de desserte d'un seul canton ne suffit pas à déployer tout le potentiel de l'offre. En revanche, les structures de soins (y compris leur financement) sont rattachées aux collectivités territoriales des cantons et sont généralement organisées très différemment (Lischer et al. 2022, p.23–24).

Matière à réflexion concernant les potentiels de développement :

- Les disparités cantonales en matière (a) de *contenu* (par ex. les objectifs, la planification de l'offre, les offres innovantes) et (b) de *structure* (par ex. les compétences/la collaboration entre les cantons, les communes et les prestataires) de l'aide dans le domaine des addictions sont-elles suffisamment exploitées dans des approches comparatives et/ou sur la base des « bonnes pratiques » dans le but de développer (de manière méthodique) les politiques en matière d'addictions ?
- L'interdépendance des cantons au regard de leurs offres respectives est-elle suffisamment prise en compte dans la planification cantonale de l'offre ? Existe-t-il des domaines dans lesquels la coordination des offres n'est pas suffisamment développée ?
- Des formes d'échange régulier et un processus de standardisation intercantonale de l'information ont-ils été mis en place et institutionnalisés ?

5 Les conditions contextuelles de l'aide en matière d'addictions dans les cantons

Comme montré plus loin dans le présent rapport, l'aide en matière d'addiction et son organisation par les cantons sont très différentes, ce qui est dû notamment à des conditions contextuelles différentes. Nous tentons ci-après de développer, à l'aide d'un nombre réduit d'indicateurs, une sensibilité à ces différentes conditions-cadres, afin de pouvoir mieux classer les données des cantons recueillies dans le cadre de cette étude. Grâce aux données statistiques disponibles, les cantons ont pu être comparés au regard de leur urbanité et leur charge de problèmes. Les analyses montrent que les problèmes et l'aide dans le domaine des addictions diffèrent selon leur ancrage dans une zone rurale ou un centre urbain. Pour organiser l'aide en matière d'addiction, il est utile de connaître le degré d'urbanisation des cantons. L'utilisation d'indicateurs de la consommation d'alcool, de la consommation de cannabis et des séjours hospitaliers liés aux addictions a permis de comparer les charges de problèmes liés aux addictions.

5.1 L'urbanité

L'urbanité d'un canton peut être mesurée à l'aune du pourcentage de la population résidente dans le noyau urbain par rapport à la population totale. Selon la typologie des communes de l'Office fédéral de la statistique (OFS), le noyau urbain comprend les communes-centres de l'agglomération et les communes-centres hors agglomération (cf. la typologie des communes et ses neuf catégories élaborées par l'Office fédéral de la statistique). Selon cette catégorisation, 63 % de la population résidente de Suisse vit dans des communes-centres. Les cantons de Bâle-Ville (100 %), de Zoug (92 %) et de Genève (91 %) affichent la plus forte proportion de population résidant dans le noyau urbain. Cette proportion est faible dans les cantons de Nidwald (37 %), de Fribourg (33 %), des Grisons (33 %), du Jura (33 %), d'Appenzell Rhodes-Extérieures (28 %) et d'Obwald (28 %). Le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures ne compte aucune commune dans le noyau urbain (OFS 2023).

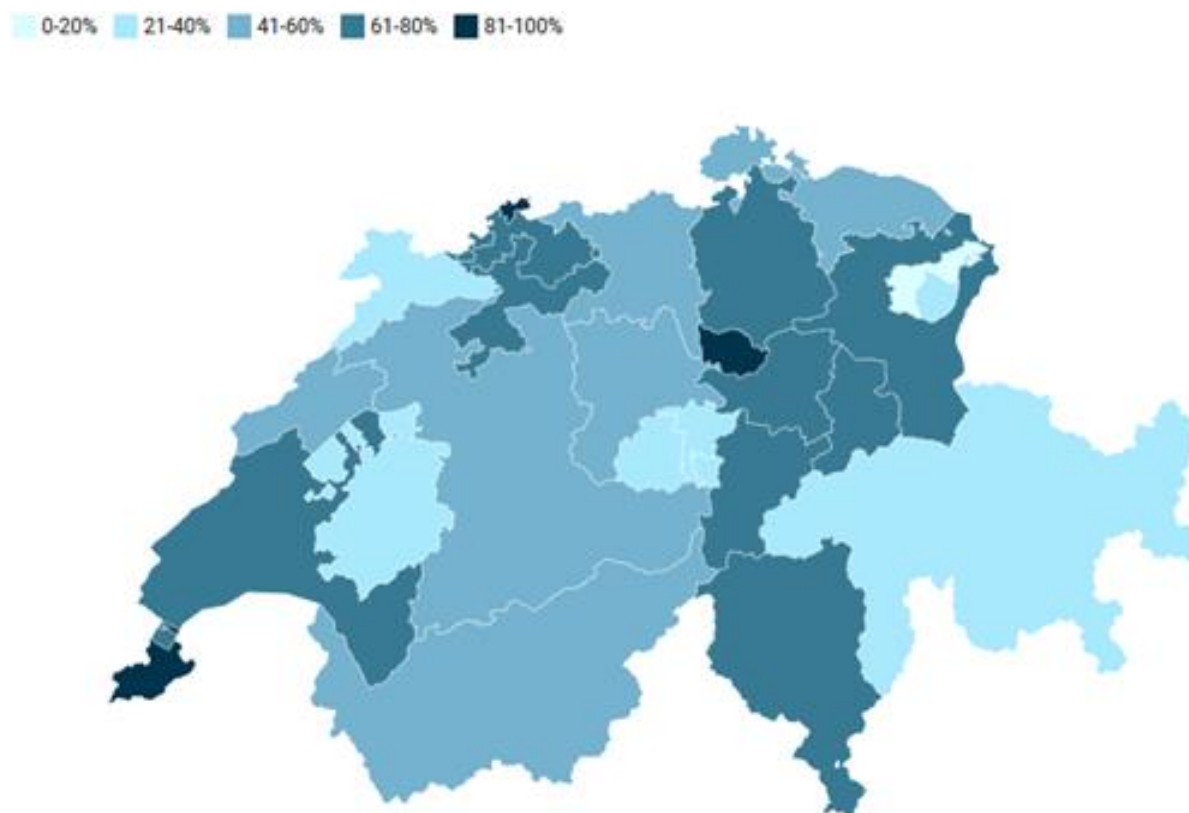
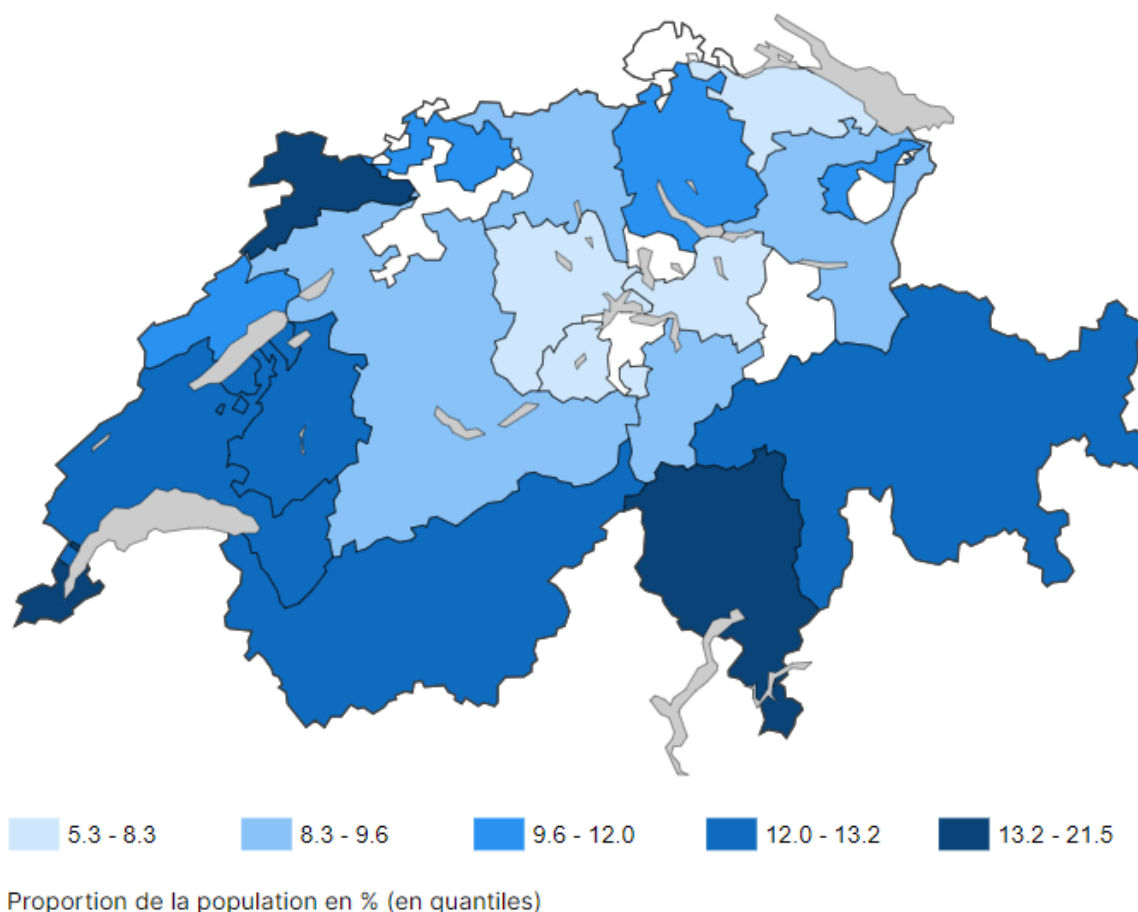


Figure 2 : proportion de la population résidant dans le noyau urbain (2021) (BFS, 2023)

5.2 La charge de problèmes

Le « Système suisse de monitoring des addictions et des maladies non transmissibles » (MonAM) met à disposition différents indicateurs de la charge de problèmes en comparaison intercantonale (OBSAN, 2023). La **fréquence de la consommation d'alcool** est mesurée à l'aune de la proportion de la population vivant dans des ménages privés et qui consomme de l'alcool au moins quotidiennement. Les données se basent sur l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Bâle-Ville, Glaris, Nidwald, Schaffhouse, Soleure et Zoug, les données disponibles pour l'année 2017 étaient trop maigres pour justifier une analyse. En 2017, le pourcentage de la population nationale consommant de l'alcool au moins quotidiennement était de 10,9 %. Les cantons du Tessin (21,5 %), du Jura (15,3 %) et de Genève (14,2 %) présentent les pourcentages les plus élevés, et les cantons de Thurgovie (8,3 %), Schwyz (7,9 %), Lucerne (7,6 %) et Obwald (5,3 %) les taux les plus bas.

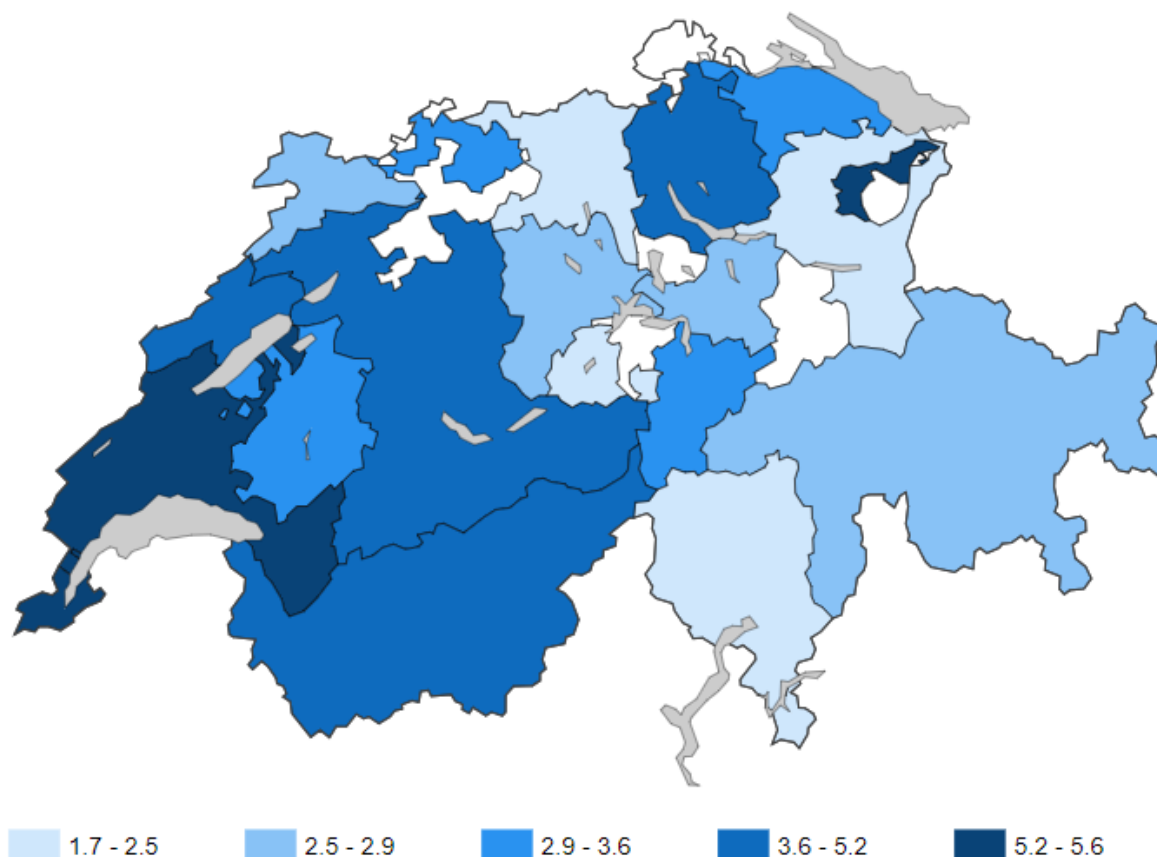


© Obsan 2023

Légende : pourcentage de la population vivant dans des ménages privés qui consomme de l'alcool au moins quotidiennement (OBSAN 2023)

Figure 3 : fréquence de la consommation quotidienne d'alcool en 2017

La **prévalence de la consommation de cannabis** est mesurée à l'aune de la proportion de la population vivant dans des ménages privés, âgée entre 15 et 64 ans et qui a consommé du cannabis au moins une fois au cours des 30 derniers jours. Les données se basent sur l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Bâle-Ville, Glaris, Nidwald, Schaffhouse, Soleure et Zoug, les données disponibles pour l'année 2017 étaient trop maigres pour justifier une analyse. En 2017, le pourcentage de la population nationale consommant du cannabis au moins une fois par mois était de 4 %. Les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures (5,6 %), de Vaud (5,4 %) et de Genève (5,2 %) affichent les pourcentages les plus élevés de tous les cantons, et les cantons de Saint-Gall (2,5 %), du Tessin (2,1 %), d'Obwald (1,7 %) et d'Argovie (1,7 %) les taux plus bas.



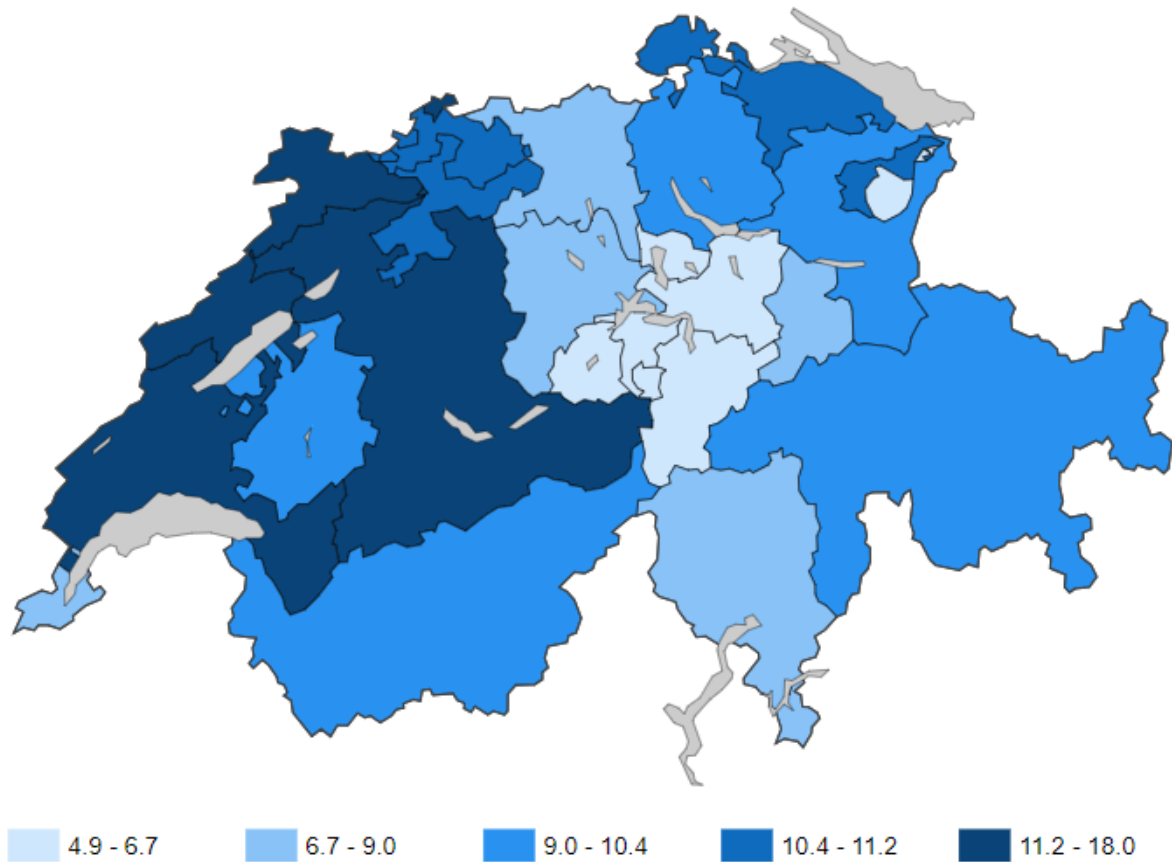
Proportion de la population en % (en quantiles)

© Obsan 2023

Légende : pourcentage de la population vivant dans des ménages privés, âgée entre 15 et 64 ans et qui consomme du cannabis au moins une fois par mois (OBSAN 2023)

Figure 4 : prévalence de la consommation de cannabis en 2017

Le **taux d'hospitalisation** pour 1 000 habitant·es dont le diagnostic principal ou secondaire est un trouble lié à la consommation de substances se base sur la « Statistique médicales des hôpitaux ». En 2021, le taux d'hospitalisation au niveau national était de 9,8 pour 1000 habitant·es. Les cantons de Bâle-Ville (18), Neuchâtel (12.9), Jura (11.6), Vaud (11.4) et Berne (11.2) affichent les taux les plus élevés, et les cantons de Schwyz (6.7), Uri (6.4), Zoug (6.2), Appenzell Rhodes-Intérieures (5.6), Nidwald (5.3) et Obwald (4.9) les taux les plus bas.



Taux standardisé (en quantiles)

© Obsan 2023

Légende : taux standardisé pour 1'000 habitant-es

Figure 5 : taux d'hospitalisation pour le diagnostic principal ou secondaire d'un trouble lié à la consommation de substances en 2021

6 Les offres d'aide en matière d'addictions

Ce chapitre présente les résultats des analyses des palettes d'offres cantonales ainsi que de l'analyse plus détaillée de l'offre et de son utilisation dans le domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions (type 2b). Après avoir présenté quelques conditions contextuelles des cantons dans le chapitre précédent, la section suivante donne un aperçu des palettes d'offres cantonales et de la différenciation des offres. Des informations plus détaillées sont fournies plus loin concernant les offres du domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » et les offres de médecine résidentielle des addictions dans le domaine des soins psychiatriques, concernant la capacité, le taux d'occupation/utilisation et la répartition régionale des offres, les caractéristiques des usagers et usagères, leurs parcours d'orientation et de liaison dans les offres de thérapie résidentielle des addictions (types 2a et 2b) ainsi que les mouvements intercantonaux des usagers et usagères dans certains types d'offres.

6.1 Les palettes d'offres d'aide en matière d'addiction dans les cantons

Chaque canton a développé sa propre gamme d'aide en matière d'addictions. La présente section a pour objectif d'examiner les panoplies d'offres cantonales sous l'angle de leur différenciation. L'analyse de l'éventail des offres proposées se fonde sur la **typologie commune des services** de l'aide en matière d'addictions élaborée en collaboration avec les membres de la CDCA²⁷. Cette typologie couvre quatre domaines de l'offre de services qui entrent dans les champs d'action 1 à 4 de la Stratégie nationale Addictions (Office fédéral de la santé 2015a)²⁸. Dans chacun des quatre domaines de l'offre, les services ont été catégorisés et regroupés par type de service. Pour chaque type d'offre, il a été relevé si le canton disposait d'une telle offre sur son territoire ou s'il s'assurait de manière contraignante l'accès à une offre extracantonale par le biais d'un concordat, d'une convention, de subventions d'exploitation ou de la liste des hôpitaux.

²⁷ Lors de l'élaboration de la typologie de l'offre, la couverture la plus large possible des différenciations était au cœur des préoccupations. Cette typologie doit être formulée de façon compréhensible et appropriée pour les acteurs et actrices compétent-es, car elle est utilisée ultérieurement dans les questions concernant le pilotage, et reste uniforme d'un inventaire à l'autre. L'équipe de la Haute École de Lucerne – Travail social avait pour rôles, premièrement, de systématiser l'uniformisation des différenciations proposées, deuxièmement, de garantir la saisie de toutes les offres selon l'état actuel des connaissances de l'aide dans le domaine des addictions et, troisièmement, de vérifier dans quelle mesure la typologie de l'offre élaborée se prête à constituer la base de données pour le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions. Les sources d'information utilisées étaient les suivantes : les ateliers avec les représentant-es de la CDCA, des typologies issues d'inventaires (Arnaud et al., 2019; da Cunha et al., 2009; Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2019; Künzi et al., 2018) cantonaux et nationaux (Office fédéral de la statistique, 2020b, 2020a; Gehrig et al., 2012; infodrog, 2020, 2020; Künzi et al., 2019; Sucht Schweiz, 2020) dans le domaine des addictions, des documents de l'Office fédéral de la santé publique (Office fédéral de la santé, 2015b, 2016) et de la Commission fédérale pour les questions liées aux addictions (Office fédéral de la santé, 2010), l'analyse de l'offre de services de prise en charge par l'Office des questions liées aux addictions en Allemagne (*Hauptstelle für Suchfragen*) (2019), ainsi que des ouvrages scientifiques de référence (notamment Egger et al., 2017; Laging, 2018; Reynaud et al., 2016; Schmidt & Hurrelmann, 2000).

²⁸ Les champs d'action 1 à 4 correspondent aux quatre anciens piliers de la politique suisse relative à l'aide dans le domaine des addictions.



Une offre est considérée comme **spécifique aux addictions** lorsqu'elle est conceptuellement assumée comme telle. Autrement dit, il a été spécifié par écrit que certaines prestations sont destinées à des groupes cibles de l'aide dans le domaine des addictions.

Dans les *portraits cantonaux*, l'éventail de l'offre est présenté par type d'offre et indique si ce dernier est couvert par une offre dans le canton. Le nombre d'organisations prestataires et leur capacité n'ont joué aucun rôle. L'analyse suivante décrit donc la différenciation de la palette d'offres, mais pas le nombre, la capacité ou l'utilisation des différentes offres. Cette différenciation des palettes d'offre est également marquée par l'interdépendance des cantons au regard de leur offre respective, c'est-à-dire la question de savoir si le canton couvre ses domaines d'offre à l'intérieur et/ou à l'extérieur de ses frontières.

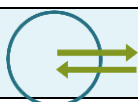
Limitations : l'analyse des palettes d'offres se base sur **l'auto-déclaration des cantons (questionnaire A) à la fin 2021**. Il se peut que l'attribution d'un type d'offres, de formes d'organismes responsables ou de rapports juridiques des offres extracantonales n'ait pas été effectuée de manière homogène dans tous les cas, et ce, malgré l'élaboration d'une typologie commune des offres.

Ainsi standardisée, cette typologie permet de comparer les palettes d'offre entre les cantons et de constater des similitudes et des différences. Les données disponibles ont permis de déterminer les *clusters* ou types suivants :

Tableau 6 : les types de différenciation de l'offre d'aide en matière d'addiction (base de données : questionnaire A, cf. [Tableau 3](#))

	<p>Type 1 : « le canton prestataire »</p>
<p>Les « <i>cantons prestataires</i> » proposent une palette d'offres très différenciée. Ils couvrent tous les domaines de l'offre, ou presque. En outre, dans 5 à 9 types d'offres, l'offre d'un même canton est indispensable aux cantons avoisinants. Les cantons suivants correspondent à ce type :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zurich : dispose d'une vaste palette d'offres, couvre 5 types d'offres de la gamme d'offres des cantons environnants. - Lucerne : dispose d'une vaste palette d'offres, couvre 8 types d'offres de la gamme d'offres des cantons environnants. - Bâle-Ville : dispose d'une vaste palette d'offres, utilisation – notamment par le canton de Bâle-Campagne – de 9 types d'offres dans le cadre d'une relation juridiquement contraignante. 	
	<p>Type 2 : « le canton autosuffisant et ample »</p>
<p>Les « <i>cantons autosuffisants et amples</i> » sont des cantons dont la palette d'offres est également très différenciée. Ils couvrent tous les domaines de l'offre, ou presque. Contrairement au type 1, les cantons de type 2 sont faiblement interdépendants avec d'autres cantons avoisinants au regard de leurs offres respectives. Leur propre offre n'a aucune valeur contraignante pour les autres cantons, pas plus que celle des cantons « autosuffisants » ne garantissent les offres dans d'autres cantons. Les cantons suivants correspondent à ce type :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaud : vaste palette d'offres, faible interdépendance de ce canton avec d'autres cantons au regard de leurs offres respectives. - Neuchâtel : vaste palette d'offres, faible interdépendance avec d'autres cantons au regard de leurs offres respectives. 	

- **Fribourg** : vaste palette d'offres, faible interdépendance de ce canton avec d'autres cantons au regard de leurs offres respectives.
- **Soleure** : vaste palette d'offres, faible interdépendance de ce canton avec d'autres cantons au regard de leurs offres respectives.
- **Berne** : vaste palette d'offres, faible interdépendance de ce canton avec d'autres cantons au regard de leurs offres respectives.
- **Argovie** : vaste palette d'offres, faible interdépendance des cantons au regard de leurs offres respectives.



Type 3 : « le canton en réseau »

La palette d'offres d'un « canton en réseau » présente une différenciation moyenne à forte. Une différenciation moyenne signifie que le canton couvre des offres de base ou obligatoires et d'autres offres dans plusieurs domaines d'offres. Une palette d'offres fortement différenciée signifie que tous ou presque tous les domaines d'offres sont couverts. En outre, ces « cantons en réseau » dépendent de l'offre dans d'autres cantons pour accéder à un certain nombre de types d'offre. Autrement dit, l'éventail d'offres d'un canton est également couvert par des offres en dehors du canton et/ou est devenu indispensable à la panoplie d'offres d'autres cantons. Les cantons suivants correspondent à ce type :

- **Bâle-Campagne** : dispose d'une vaste palette d'offres, complète sa palette d'offres auprès du canton Bâle-Ville pour 9 types d'offre
- **Saint-Gall** : vaste palette d'offres, complète sa palette d'offres auprès des cantons avoisinants pour 9 types d'offre
- **Zoug** : palette d'offres moyenne, interdépendance avec les cantons environnants pour 3 types d'offres
- **Appenzell Rhodes-Extérieures** : palette d'offres moyenne, interdépendance de l'offre dans les cantons environnants pour 8 types d'offre
- **Grisons** : palette d'offres moyenne, interdépendance avec les cantons environnants pour 4 types d'offres
- **Thurgovie** : palette d'offres moyenne, interdépendance avec les cantons environnants pour 4 types d'offres



Type 4 : « le canton autosuffisant disposant d'une offre de base »

La palette d'offres des « cantons autosuffisants disposant d'une offre de base » présentent une différenciation moyenne. Les offres de base ou obligatoires sont couvertes, en sus d'autres offres dans plusieurs domaines d'offres. De plus, l'interdépendance de ces cantons pour accéder à l'offre des uns et des autres est faible. Autrement dit, l'éventail d'offres d'un canton est à peine couvert par des offres en dehors du canton et/ou est devenu pas tout à fait indispensable à la panoplie d'offres d'autres cantons. Les cantons suivants correspondent à ce type :

- **Schaffhouse** : palette d'offres moyennement différenciée, faible interdépendance avec d'autres cantons au regard de leurs offres
- **Valais** : palette d'offres moyennement différenciée, faible interdépendance avec d'autres cantons au regard de leurs offres
- **Jura** : palette d'offres moyennement différenciée, faible interdépendance avec d'autres cantons au regard de leurs offres



Type 5 : « le canton en demande »

Les « cantons en demande » proposent une palette d'offres peu différenciée. Celles-ci couvrent principalement des offres de base ou obligatoires. L'éventail d'offres d'un canton est couvert par plusieurs types d'offres en dehors du canton. Les cantons suivants correspondent à ce type :

- **Uri** : palette d'offres peu différenciée, couverture contraignante de la palette d'offres par les cantons environnants pour 4 types d'offre

- **Schwyz** : palette d'offres peu différenciée, couverture contraignante de la palette d'offres par les cantons environnants pour 5 types d'offre
- **Nidwald** : palette d'offres peu différenciée, couverture contraignante de la palette d'offres par d'autres cantons, surtout par Lucerne, pour 10 types d'offre
- **Obwald** : palette d'offres peu différenciée, couverture contraignante de la palette d'offres par le canton de Lucerne, pour 8 types d'offre

La *collaboration intercantonale* dans l'aide en matière d'addictions s'avère indispensable pour les types « canton prestataires », « canton en réseau » et « canton en demande ». Les offres de ces trois types de cantons se conditionnent mutuellement : par exemple, l'offre complémentaire des « cantons en demande » est couverte par les « cantons prestataires » ou les « cantons en réseau ». La collaboration intercantonale sous différentes formes est donc une pratique largement répandue dans la manière dont l'offre est organisée. En revanche, les types « cantons autosuffisants et amples » et « cantons autosuffisants disposant d'une offre de base » ne semblent guère avoir de liens avec d'autres cantons en ce qui concerne l'organisation de leur offre. Cela n'exclut toutefois pas qu'ils soient des partenaires intéressants pour de futures coopérations.

Si l'on compare les conditions contextuelles présentées au dernier chapitre (l'urbanité, la charge de problèmes) avec les palettes d'offres des cantons présentées ici, on constate qu'il existe une certaine corrélation dans environ la moitié des cantons étudiés. Ainsi, dans les cantons de Bâle-Ville, Vaud, Soleure, Berne, Neuchâtel, Bâle-Campagne et Zurich, tant les degrés d'urbanité que la charge de problèmes sont moyens à élevés et il en va de même pour la différenciation de l'offre. Une relation comparable peut être observée dans les cantons de Thurgovie, des Grisons, de Nidwald et d'Obwald : dans ces cantons, les conditions contextuelles présentent des caractéristiques faibles à moyennes et les palettes d'offres de ces cantons également.

En revanche, les cantons de Schwyz, Uri, Saint-Gall et Zoug présentent, malgré une forte urbanité, une charge de problèmes faible et une différenciation de l'offre faible à moyenne. À l'inverse, dans les cantons d'Argovie, de Lucerne et de Fribourg, on constate une forte différenciation de l'offre malgré des degrés d'urbanité et la charge de problèmes faibles à moyens. Enfin, les cantons de Schaffhouse, du Jura, du Valais et d'Appenzell Rhodes-Extérieures présentent une lourde charge de problèmes et une différenciation de l'offre faible à moyenne, malgré un faible degré d'urbanité. Les données disponibles ne permettent donc pas d'établir des liens directs entre les conditions contextuelles et la différenciation de l'offre.

6.2 L'offre et son utilisation dans le domaine « Thérapie, conseil et hébergement »

Selon les délégué·e·s aux problèmes des addictions, le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » est celui qui a le plus grandement besoin de bénéficier d'un dispositif de pilotage²⁹. Les sections suivantes ont pour objectif de décrire l'état des lieux des soins dans le domaine cible, à savoir...

- ... les capacités et les taux d'utilisation/occupation par type d'offre,
- ... la répartition régionale des offres

²⁹ Le rapport annuel 2019 à propos de la Stratégie nationale addictions 2017-2024 confirme l'accent mis sur le deuxième champ d'action. Ce projet constitue l'un des axes principaux de l'année 2020 dans le champ d'action « Thérapie et conseil » (Office fédéral de la santé 2020, p. 8).

- ... les caractéristiques de la clientèle
- ... l'interdépendance des cantons au regard de leur offre respective dans le domaine de la thérapie résidentielle des addictions et de la médecine des addictions,
- ... et l'utilisation intercantonale de l'offre.

L'analyse plus détaillée de l'offre et son utilisation dans le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » peut être considérée comme un complément aux enquêtes annuelles menées par Addiction Suisse dans le cadre du monitoring *act-info*³⁰. Le système de monitoring suisse *act-info* relève des indicateurs similaires concernant les caractéristiques et les parcours d'orientation et de liaison des usagers et usagères. En raison d'approches méthodologiques distinctes, les données du système de monitoring *act-info* ne sont toutefois pas comparables avec les présents résultats³¹. Néanmoins, les résultats du système de monitoring suisse peuvent être utilisés comme base de pilotage complémentaire.

Les **données** traitées aux chapitres suivants sont issues du questionnaire écrit concernant les offres dans le domaine cible (B1) et ont été complétées par les délégué·es cantonaux aux problèmes des addictions. Ce questionnaire a servi de base à l'enquête menée auprès des prestataires dans le domaine cible (B2). Dans le questionnaire B2, les prestataires avaient la possibilité de vérifier l'exactitude du type d'offre qui leur avait été attribué, et d'indiquer leurs éventuelles activités dans d'autres types d'offre. Pour examiner l'état des lieux de l'aide dans le domaine des addictions, il s'est avéré utile d'exploiter également les données de la « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS, 2020) du type d'offre « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) ». L'OBSAN a été chargé d'analyser ces données secondaires³².

Une offre est considérée comme **spécifique aux addictions** lorsqu'elle est conceptuellement assumée comme telle. Autrement dit, il a été spécifié par écrit que certaines prestations sont destinées à des groupes cibles de l'aide dans le domaine des addictions.

Limitations : les données issues de la « Statistique médicale des hôpitaux » datent de 2020, tandis que l'inventaire réalisé dans le cadre de la présente étude s'articule sur la *date de référence* du 31 décembre 2021. De ce fait, la comparabilité de ces données ne va pas de soi. Il convient d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. En ce qui concerne les offres de médecine résidentielle des addictions, il n'existe en outre aucune analyse de la charge de cas ni aucune indication concernant l'existence de listes d'attente. En outre, dans son analyse

³⁰ Voir à ce sujet le rapport annuel *act-info* 2021 de Balsiger, N., Gmel, G., Krizic, I., Labhart, F., Maffli, E., Vorlet, J. (2022)

³¹ La présente étude a pris en compte toutes les offres du domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » indiquées par les responsables cantonaux dans le questionnaire B1, ainsi que les offres de médecine résidentielles du domaine de soins « psychiatrie » de la Statistique médicale des hôpitaux. *Act-info*, en revanche, a pris en compte toutes les offres selon l'index des addictions (Infodrog ; <https://www.infodrog.ch/de/hilfe-finden/suchtindex.html>). Dans le présent projet, l'analyse a tenu compte des données au niveau de l'offre (cas en cours à la date de référence *du 31 décembre 2021*), alors qu'*act-info* dispose de données relatives aux personnes (admissions à la date de référence *du 16 mars*). Des prestataires de 22 cantons ont participé à la présente étude, tandis que tous les cantons sont représentés dans *act-info*. D'autres différences apparaissent dans le fait que, dans le cadre du monitoring annuel d'*act-info*, les prestataires pouvaient également indiquer des valeurs estimatives s'ils n'étaient pas en mesure de les attribuer avec précision aux caractéristiques. Dans cette étude, il a été expressément demandé d'éviter toute estimation approximative et de ne fournir que des chiffres fiables. Les prestataires interrogés dans le cadre de cette étude avaient la possibilité d'indiquer la « consommation de substances multiples » comme problème principal de dépendance, alors que le système de monitoring d'*act-info* ne le permet pas. En raison de ces différences, il existe des divergences dans les données entre les résultats de l'étude et ceux du monitoring. Mais sur le fond, les résultats de cette étude vont dans le même sens que le monitoring annuel d'*act-info* (p.ex. les usagers et usagères de l'aide en matière d'addiction sont en majorité des hommes, d'âge adulte moyen, et présentent principalement des problèmes liés à la consommation d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'opioïdes).

³² Tous les cantons participants ont accepté que l'OBSAN procède à une analyse secondaire.

secondaire, l'OBSAN a pris en compte tous les établissements hospitaliers du secteur de soins psychiatriques. Autrement dit, des offres considérées comme non spécifiques aux addictions et non saisies dans le questionnaire B1 ont également été recensées. À l'inverse, des offres ont été saisies dans le questionnaire B1 en tant qu'offre résidentielle de médecine des addictions (type 2b) qui ne figuraient pas dans la Statistique médicale des hôpitaux. Dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4) il se peut que certaines offres d'aide aux personnes en situation de handicap qui traitent entre autres des personnes présentant une addiction, n'aient pas été prises en compte dans l'enquête : soit parce qu'elles ne s'adressaient pas spécifiquement aux personnes présentant une addiction, soit parce qu'elles n'étaient pas conceptuellement assumées comme spécifiquement destinées à ces personnes en particulier.

6.2.1 La capacité et l'utilisation des offres

Dans le questionnaire complété par les prestataires d'aide en matière d'addictions dans le domaine cible, plusieurs indicateurs ont permis de déterminer les capacités et les taux d'utilisation/occupation des offres. Les sections ci-après présentent les résultats par type d'offre. Y sont indiqués le nombre d'organismes responsables, le nombre de sites³³, les capacités de l'offre en question (le pourcentage d'activité, les places disponibles ou autorisées) et le taux d'occupation/utilisation (le nombre de cas en cours/le nombre de places occupées).

La base de données : les données concernant la capacité et l'utilisation datent **du 31 décembre 2021, la date de référence** de l'enquête menée auprès des prestataires (questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#) :).

Tableau 7 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Accompagnement et thérapie ambulatoires en matière d'addiction (type 1a) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. [Tableau 3](#))

Accompagnement et thérapie ambulatoires en matière d'addictions (type 1a)	
Nombre d'organismes responsables	86
Nombre de sites	106
Pourcentage d'activité (uniquement pour la Suisse alémanique)	249 équivalents plein-temps
Cas en cours à la date de référence (total)	20 272
Nombre d'organismes responsables tenant une liste d'attente	12

Dans le type d'offre « **Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a)** », 86 questionnaires ont été envoyés³⁴. 77 questionnaires ont été complétés. Les 86 organismes responsables proposaient leur offre sur 106 sites. À la date de référence (31 décembre 2021) dans toute la Suisse, on comptait 20 272 cas en cours dans ce type d'offre et 12 organisations prestataires (dans les cantons de Fribourg, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Thurgovie, Vaud et Zurich) tenaient une liste d'attente. Les 62 organismes responsables³⁵ en Suisse

³³ Par « sites », on entend le nombre de communes. Les offres du même type dans la même commune ont été enregistrées comme un seul site.

³⁴ Tous les établissements indiqués dans l'enquête B1 menée auprès des cantons ont été interrogés (section 3.3.).

³⁵ Les données de la Suisse romande n'ont pas pu être prises en compte en raison d'une erreur de traduction (15 organismes responsables ont donc été exclus de ce calcul).

alémanique disposaient au total de plus de 249 équivalents plein-temps (EPT) pour l'accompagnement ambulatoire en matière d'addiction. En Suisse alémanique, l'accompagnement ambulatoire en matière d'addiction disposait en moyenne de 3,26 équivalents plein temps pour 100 000 habitant·es.

Équivalents plein-temps pour 100 000 habitant·es dans l'accompagnement ambulatoire des addictions

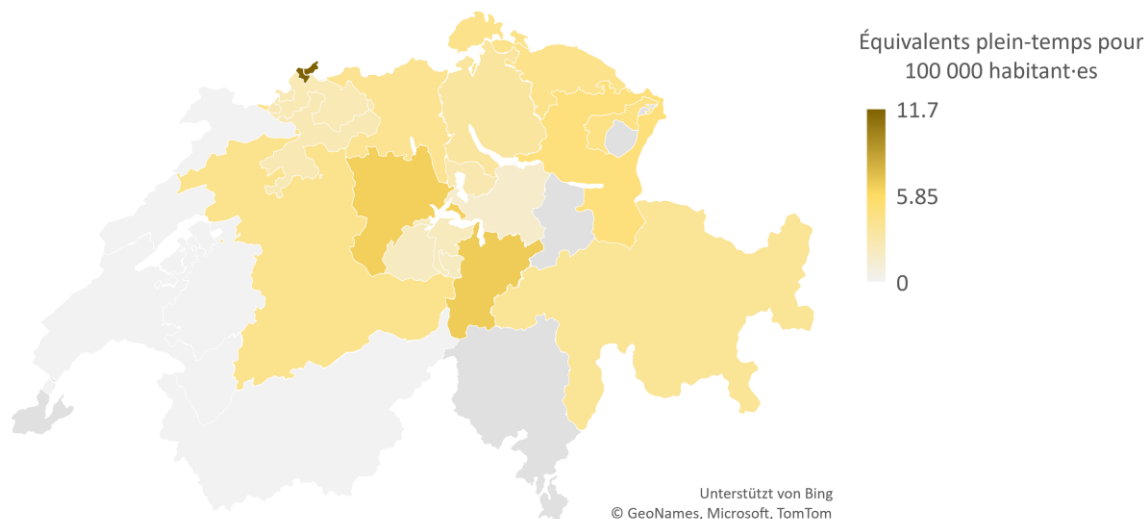


Figure 6 : équivalents plein temps pour 100 000 habitant·es dans l'accompagnement ambulatoire des addictions (Suisse alémanique ; base de données : **questionnaire B2**, cf. [Tableau 3](#))

Par rapport au reste de la Suisse alémanique, c'est dans le canton de Bâle-Ville que la population disposait du plus grand nombre d'EPT (11,7) pour 100 000 habitant·es dans le domaine de l'accompagnement ambulatoire en matière d'addiction. Par rapport à la population cantonale, ce sont les trois cantons de Suisse centrale Schwyz, Obwald et Nidwald qui ont le moins de ressources en personnel pour l'accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (1,6 à 2,2 EPT/100 000 habitant·es).

Tableau 8 : La capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. [Tableau 3](#))

Thérapie résidentielle des addictions (type 2a)	
Nombre d'organismes responsables	41
Nombre de sites	44
Places autorisées	812
Places occupées à la date de référence(total)	638
Nombre d'organismes responsables tenant une liste d'attente	12

Pour le type d'offre « **Thérapie résidentielle des addictions (type 2a)** », les questionnaires ont été envoyés à 41 organismes responsables³⁶, dont 37 les ont complétés. La thérapie psychosociale résidentielle des addictions était proposée sur 44 sites et disposait au total de

³⁶ Tous les établissements indiqués dans l'enquête B1 menée auprès des cantons ont été interrogés (section 3.3.)

812 places autorisées. Dans les 15 cantons qui disposaient d'offres de thérapie résidentielle des addictions, le nombre moyen de places disponibles était de 54 (médiane : 38 places). Dans toute la Suisse, environ 12 places de thérapie résidentielle des addictions étaient disponibles pour 100 000 habitant-es.

Nombre de places de thérapie résidentielle des addictions (type 2a) pour 100 000 habitant-es

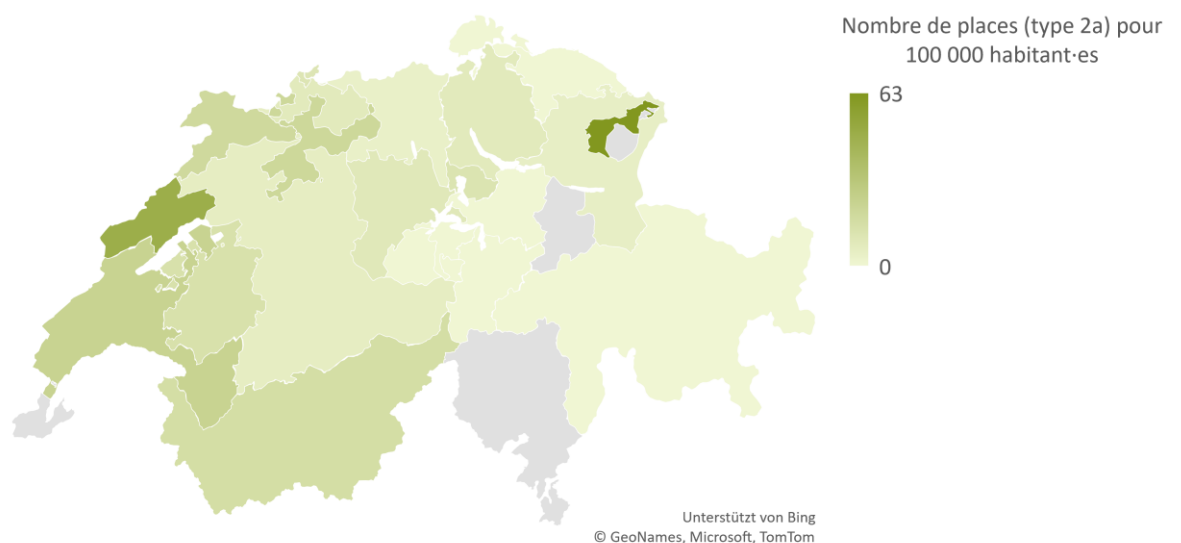


Figure 7 : nombre de places de thérapie résidentielle des addictions (type 2a) pour 100 000 habitant-es (base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

À la date de référence (le 31 décembre 2021), 638 places de thérapie résidentielle des addictions (type 2a) étaient occupées. Dans ce type d'offre, 12 organismes responsables tenaient des listes d'attente dans les cantons de Bâle-Ville, Fribourg, Neuchâtel³⁷, Vaud, Zoug et Zurich. Des différences régionales sont apparues en ce qui concerne le taux d'occupation des offres de thérapie résidentielle des addictions. Alors que seul un tiers des offres disponibles dans ce type d'offre dans les cantons d'Argovie (32 %) et de Bâle-Campagne (35 %) était occupé à la date de référence, les cantons de Berne (97 %) et de Soleure (100 %) ont enregistré une occupation (presque) complète de leurs offres. Dans les cantons de Fribourg (102 %) et de Zoug (107 %), une suroccupation a été constatée à la date de référence dans la thérapie psychosociale et sociopédagogique des addictions. Lors de l'interprétation des données, il faut tenir compte du fait que le taux d'occupation indiqué se réfère à un jour de référence. Une sous-utilisation ou une surutilisation d'une offre peut avoir différentes causes, telles que la création ou l'extension de l'offre, les processus d'indication cantonaux et d'éventuelles incitations économiques erronées lors de l'indication ou la spécialisation de l'offre dans un domaine partiel du phénomène de la dépendance (p. ex. consommation de cocaïne, comportements dépendants).

³⁷ La validation des données n'a pas été finalisée par les responsables dans le canton de Neuchâtel.

Taux d'occupation des places dans la thérapie résidentielle des addictions (31.12.2021)

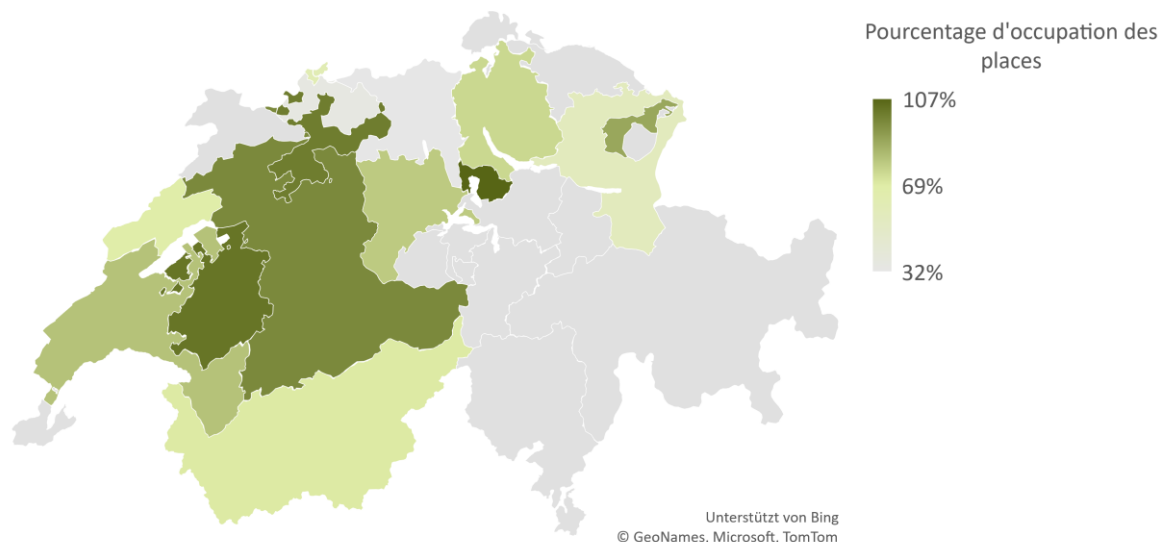


Figure 8 : taux d'occupation des places dans la thérapie résidentielle des addictions à la date de référence (le 31 décembre 2021) (base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

Dans les analyses du type d'offre « **Médecine résidentielle des addictions (type 2b)** », l'OBSAN a tenu compte de 58 établissements de soins psychiatriques³⁸, répartis sur 87 sites. Parmi ces derniers figurent en outre des établissements considérés comme non spécifiques aux addictions, c'est-à-dire que leur offre d'aide en matière d'addiction n'était pas conceptuellement assumée comme spécifiquement destinée aux personnes présentant une addiction. Dans le *questionnaire B1*, les délégué·es cantonaux aux problèmes des addictions ou leurs représentant·es cantonaux ont indiqué qu'au total 25 organismes responsables proposent des offres de médecine résidentielle des addictions réparties sur 51 sites. On peut supposer que, au moment de compléter le questionnaire, les professionnel·les dans le canton se sont focalisé·es sur les établissements spécifiques aux addictions.

³⁸ cf. La « Délimitation des domaines de soins » à l'adresse <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/delimitation-et-definition-du-cas-MS>.

Tableau 9 : la capacité et le taux d'occupation/utilisation de la médecine résidentielle des addictions (type 2b) en 2020 (BFS, 2021)

Médecine résidentielle des addictions (type 2b)³⁹	
Nombre d'organismes responsables	58
Nombre de sites	87
Patient·es (total en 2020)	52 773
Patient·es avec pour diagnostic principal F10-19; F63.0	11 918
Cas (total)	63 900
Cas avec pour diagnostic principal F10-19, F63.0 (en 2020)	14 704
Journées d'hospitalisation (total) ⁴⁰	433 074

Les établissements pris en compte par l'OBSAN ont traité au total plus de 52 000 patient·es au cours de l'année 2020. Environ 23 % de cette patientèle avec un diagnostic principal du groupe CIM F10-F19 « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » ou un diagnostic principal F63.0 « jeu pathologique » suivaient un traitement. Selon le type de psychiatrie résidentielle pris en compte, l'offre de traitement s'adressait exclusivement, ou entre autres, aux personnes présentant une addiction. Il en résulte des différences cantonales du pourcentage de la patientèle présentant un problème principal d'addiction qui se trouvait en 2020 dans les établissements résidentiels cantonaux pertinents du domaine de soins psychiatriques. Dans certains cantons, ce pourcentage de la clientèle des établissements concernés était de seulement 1 à 2 %, et dans d'autres, de 27 à 32 %.

Vu que les données se rapportent aux 12 mois de l'année 2020, elles sont susceptibles de comprendre plusieurs hospitalisations pour un même individu. Cela explique pourquoi l'offre des institutions résidentielles en psychiatrie compte un plus grand nombre de cas que de patient·es. Sur un total de 63 900 cas⁴¹ dans les établissements résidentiels, environ 23 % de cette patientèle étaient à nouveau en traitement en raison de leur addiction. Pour ces cas, le volume de jours de soins à l'échelle nationale s'élevait à 433 074 jours. En moyenne à l'échelle nationale, cela signifie qu'un cas nécessitait environ 29 jours de soins en 2020. Là encore, on observe des disparités cantonales. Dans certains cantons, le volume moyen de jours de soins pour une personnes présentant une addiction était de seulement 16 jours, tandis que dans d'autres cantons, ce volume s'élevait à 43 jours. Si les raisons justifiant une durée de traitement courte ou longue sont inconnues, les séjours de courte durée et les séjours multiples fréquents au cours d'une même année donnent les premiers indices d'un éventuel effet de « porte tournante » (*section 8.2*).

³⁹ L'OBSAN a recensé tous les établissements psychiatriques résidentiels qui ont accompagné en 2020 des personnes dont le problème principal était lié à une addiction. Il se peut que certaines de ces institutions n'aient pas inscrit leur offre d'aide en matière d'addictions dans leur concept. Cependant, parmi les offres du domaine cible, seules les offres considérées comme spécifiques aux addictions ont été prises en compte.

⁴⁰ « L'importance des soins prodigués dans les établissements médicaux peut se mesurer sur la base de la somme des journées d'hospitalisation durant une année. La somme des hospitalisations se compose de deux grandeurs: le nombre des hospitalisations et la durée du traitement par hospitalisation (durée de séjour). » (OBSAN : Rüesch, Manzoni 2003, p.39). Le volume de journées d'hospitalisations ne concerne que la patientèle présentant une addiction.

⁴¹ Ont été considérés dans cette analyse tous les cas résidant dans l'un des cantons participants et tous les cas traités dans une clinique établie dans un canton participant. Un cas correspond en principe à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital pendant une année ont été pris en compte. En psychiatrie, les cas qui passent toute l'année à l'hôpital ont également été pris en compte. Les cas qui, sous certaines conditions, ont été réhospitalisés dans les 18 jours, sont regroupés sous un seul et même numéro de cas. De ce fait, un cas peut également comprendre plusieurs hospitalisations individuelles (OBSAN 2022).

Tableau 10 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. [Tableau 3](#))

Hébergement assisté dans une institution (type 3)	
Nombre d'organismes responsables	71
Nombre de sites	68
Places autorisées	1950
Places occupées à la date de référence(total)	1755
Nombre d'organismes responsables tenant une liste d'attente	33

Dans le type d'offre « **Hébergement assisté dans une institution (type 3)** », 71 organismes responsables au total⁴², dont l'offre était répartie sur 68 sites, ont été interrogés. Un total 66 questionnaires a pu être pris en compte dans les analyses. Ces 66 organismes responsables disposaient au total de 1950 places, dont 1755 étaient occupées à la date de référence. C'est dans ce type d'offre que le nombre de listes d'attente⁴³ était le plus élevé. Près d'une offre sur deux tenait une liste d'attente à la date de référence.

Tableau 11 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. [Tableau 3](#))

Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4)	
Nombre d'organismes responsables	39
Nombre de sites	41
Places autorisées	1155
Places occupées à la date de référence(total)	1070
Nombre d'organismes responsables tenant une liste d'attente	15

Dans le type d'offre « **Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4)** », 39 organismes responsables au total ont été interrogés⁴⁴, et 30 questionnaires complétés par ces derniers ont pu être évalués. Les offres étaient réparties sur 41 sites et elles disposaient au total de 1155 places autorisées. À la date de référence, 1070 places étaient occupées et 15 prestataires tenaient une liste d'attente.⁴⁵

La figure suivante illustre la capacité de l'offre dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4) dans les cantons. Dans 10 cantons, il existe des offres d'hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) et dans 15 cantons, des offres d'hébergement assisté dans une institution (type 3). Dans 7 cantons, ni l'offre de type 3 ni l'offre de type 4 n'est proposée. Comme il est apparu au cours des enquêtes qu'il n'était pas toujours facile de distinguer les types d'offres dans la pratique, ces offres ont été regroupées pour les calculs suivants.

⁴² Tous les établissements indiqués dans le questionnaire B1 complété par les cantons ont été interrogés (section 3.3.).

⁴³ Les organismes responsables qui tenaient une liste d'attente à la date de référence étaient actifs dans les cantons suivants : Argovie, Appenzell Rhodes-Extérieures, Berne, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Fribourg, Grisons, Lucerne, Schaffhouse, Soleure, Thurgovie, Vaud, Zoug et Zurich. Il y avait donc des listes d'attente dans tous les cantons, à l'exception de Saint-Gall qui disposait d'offres d'hébergement en institution proposant un accompagnement.

⁴⁴ Tous les établissements indiqués dans le questionnaire B1 complété par les cantons ont été interrogés (section 3.3.).

⁴⁵ Les organismes responsables qui tenaient une liste d'attente à la date de référence étaient actifs dans les cantons suivants : Argovie, Berne, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Lucerne, Schaffhouse, Soleure, Thurgovie, Vaud.

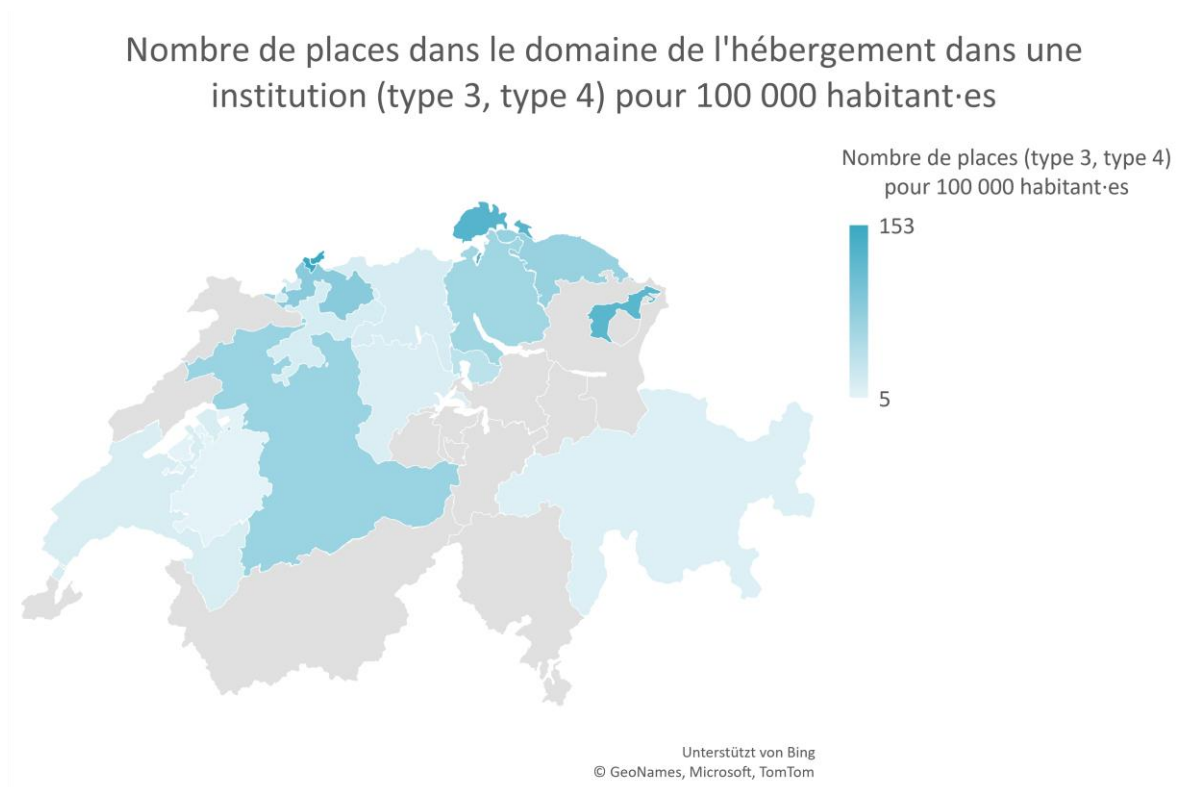


Figure 9 : nombre de places dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4) pour 100 000 habitant·es (base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

Les cantons qui disposaient d'offres d'hébergement dans une institution (type 3, type 4) proposaient en moyenne 57,6 places pour 100 000 habitant·es (médiane : 51 places). Par rapport à la population cantonale (pour 100 000 habitant·es), ce sont les cantons de Bâle-Ville (153 places), de Schaffhouse (127 places) et d'Appenzell Rhodes-Extérieures (124 places) qui disposaient du plus grand nombre de places d'hébergement dans une institution. Inversement, les cantons de Fribourg, des Grisons et de Lucerne disposaient de 5 à 14 places pour 100 000 habitant·es.

Taux d'occupation des places dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3 / type 4)

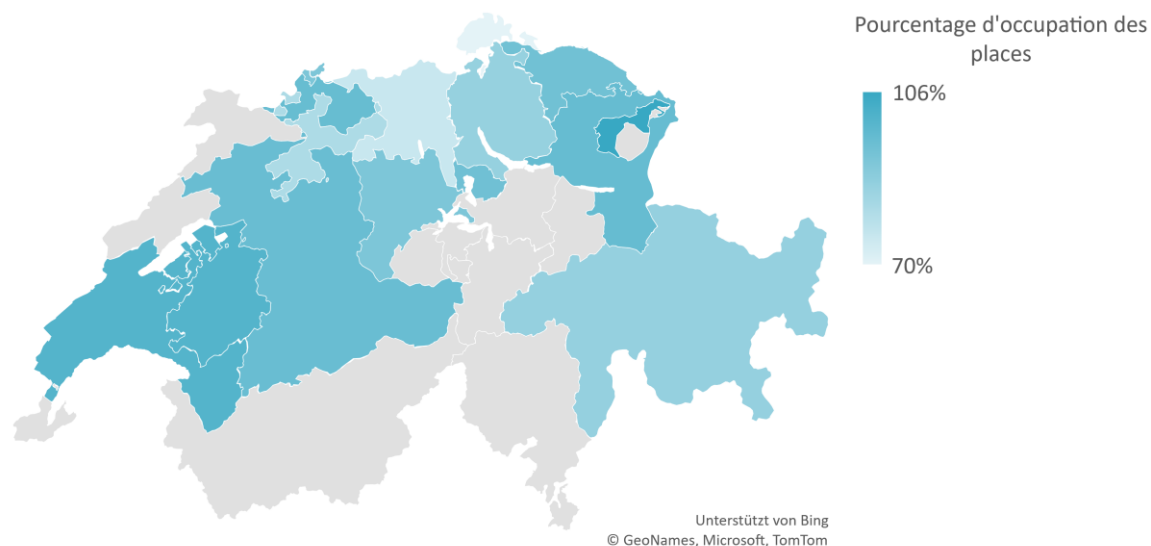


Figure 10 : taux d'occupation des places dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4) (base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

En comparaison avec les autres types d'offres, il s'est avéré que dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4), les offres disponibles étaient (très) fortement occupées à la date de référence de l'enquête. Même dans les cantons d'Argovie (76 %) et de Soleure (81 %), qui présentaient le taux d'occupation le plus bas par rapport aux autres cantons à la date de référence, plus de trois quarts des offres disponibles étaient occupées. Une suroccupation (106 %) de l'offre existante a été constatée dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures et les places disponibles dans le domaine de l'hébergement dans une institution étaient également toutes occupées dans les cantons de Fribourg et de Vaud. La proportion de places libres était également très faible dans les cantons de Berne, Bâle-Campagne et Saint-Gall, à savoir 4 % à la date de référence.

Tableau 12 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. [Tableau 3](#))

Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5)	
Nombre d'organismes responsables	36
Budget horaire hebdomadaire maximal par personne accompagnée (moyenne de tous les organismes responsables avec indications concernant le contingent horaire hebdomadaire)	4,4 heures
Cas en cours à la date de référence (total)	1 302
Nombre de listes d'attente	13

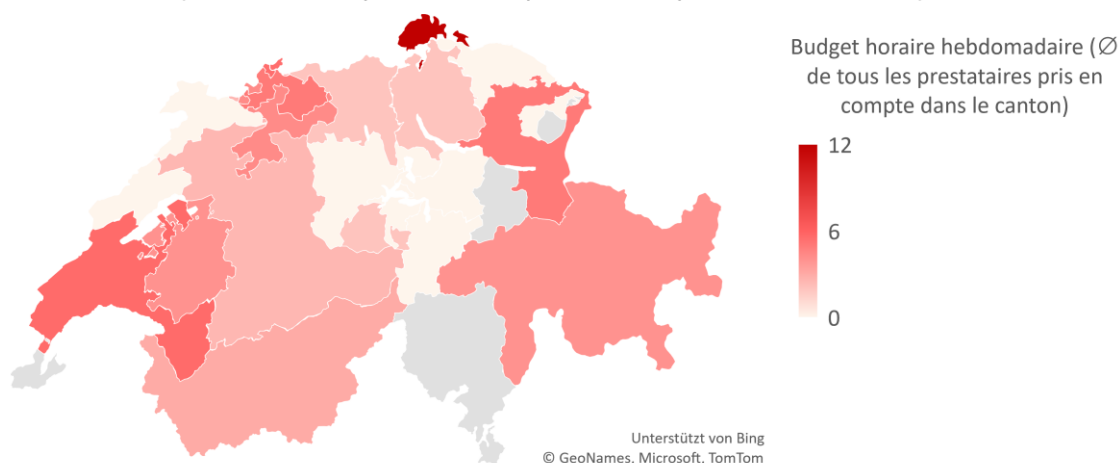
Pour le type d'offre « **Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5)** », 36 prestataires ont été interrogés⁴⁶, dont 33 ont renvoyé le questionnaire

⁴⁶ Tous les établissements indiqués dans le questionnaire B1 complété par les cantons ont été interrogés (section 3.3).

dûment complété. Les 33 organisations prestataires accompagnaient 1302 personnes au total à la date de référence, deux prestataires ne comptant aucun cas en cours ce jour-là. À la date de référence, des prestataires des cantons de Berne, Bâle-Ville, Lucerne, Neuchâtel,⁴⁷ Soleure, Vaud et Valais tenaient au total 12 listes d'attente.

Pour l'accompagnement ambulatoire dans les résidences privées, la plupart des organisations disposent d'un budget horaire hebdomadaire maximal par personne prise en charge. Parmi les 33 prestataires, 26 disposaient d'informations sur le nombre d'heures hebdomadaires par cas. Pour cinq prestataires, des données sur le contingent d'heures hebdomadaires faisaient défaut ou ont été exclues des analyses en raison d'un manque de traçabilité⁴⁸. Deux autres organisations ont indiqué qu'elles ne disposaient pas d'un contingent d'heures hebdomadaires à proprement parler, celui-ci étant fixé au cas par cas.

Budget horaire hebdomadaire pour l'accompagnement ambulatoire d'une personne dans les résidences privées (Ø de tous les prestataires pris en compte dans le canton)



Légende : budget horaire hebdomadaire maximum dont disposent en moyenne les prestataires pour l'accompagnement ambulatoire d'un cas dans les résidences privées (type 5). Les données se réfèrent au volume horaire moyen de tous les prestataires pris en compte dans le canton.

Figure 11 : budget horaire hebdomadaire pour l'accompagnement ambulatoire d'une personne dans les résidences privées (base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

Les 26 prestataires pour lesquels des données sur le contingent d'heures hebdomadaires ont pu être prises en compte ont pris en charge 807 cas au total à la date de référence et disposaient en moyenne de 4,4 heures par semaine pour la prise en charge d'un cas (médiane : 3 heures). Si les 807 usagers et usagères de ce type d'offre avaient tous utilisé le contingent d'heures maximal au cours d'une semaine, un total de 4206 heures⁴⁹ aurait été consacré cette semaine-là à l'accompagnement ambulatoire de personnes présentant une addiction dans des résidences privées. Les deux organisations prestataires ayant le plus grand nombre d'heures

⁴⁷ La validation des données n'a pas été finalisée par les responsables dans le canton de Neuchâtel.

⁴⁸ À titre d'exemple : un organisme responsable a indiqué un contingent hebdomadaire de 48 heures par cas.

⁴⁹ Pour le calcul, les données valables des différents organismes responsables ont été additionnées de manière pondérée (p. ex. 2 heures par cas * nombre d'usagers et usagères dans l'offre).

hebdomadaires par cas se trouvent dans les cantons de Bâle-Ville (15 heures) et de Schaffhouse (12 heures). Le contingent d'heures hebdomadaires le plus bas (2 heures par cas) a été indiqué par 9 prestataires des cantons d'Argovie, de Berne, de Bâle-Campagne, de Bâle-Ville, d'Obwald, de Soleure et de Zurich.

Tableau 13 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Organisations de placement familial (type 6) » (base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

Organisations de placement familial (type 6)	
Nombre d'organismes responsables	5
Nombre de sites	5
Places autorisées	87
Places occupées à la date de référence (total)	58
Nombre de listes d'attente	2

Dans le type d'offre « **Organisations de placement familial (type 6)** », 5 organismes responsables, dont l'offre se répartissait du 5 sites, ont été interrogés⁵⁰. De ces institutions, quatre ont renvoyé le questionnaire dûment complété. Ces quatre organisations prestataires se trouvent dans les trois cantons de Berne, Bâle-Campagne et Bâle-Ville. Ensemble, elles disposaient au total de 87 places, dont 58 étaient occupées à la date de référence. Sur les quatre prestataires interrogés établis dans les cantons de Berne et Bâle-Campagne, deux tenaient une liste d'attente à la date de référence. Alors que les offres des cantons des deux Bâle présentaient encore des places libres à la date de référence (25 % [BL] ou 65 % [] d'utilisation de l'offre disponible), les offres du canton de Berne enregistraient un taux d'occupation très élevé (86 % de l'offre disponible).

Tableau 14 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Hébergements d'urgence (type 7) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. [Tableau 3](#))

Hébergements d'urgence (type 7)	
Nombre d'organismes responsables	15
Nombre de sites	13
Places autorisées	346
Places occupées à la date de référence (total)	259
Nombre de listes d'attente	1

Pour le type d'offre « **Hébergement d'urgence (type 7)** », les 15 prestataires interrogés ont toutes et tous renvoyé le questionnaire dûment complété⁵¹. Au total, dix cantons proposaient ce type d'offre. Les 15 organismes responsables proposaient leur offre dans 13 communes.⁵² Ils comptaient au total 346 places autorisées, dont 259 places étaient occupées à la date de référence. Des différences sont apparues entre les 10 cantons disposant d'un hébergement d'urgence en ce qui concerne l'offre de places disponibles et le taux d'occupation à la date de référence. Les cantons de Thurgovie, des Grisons, de Schaffhouse et du Valais présentaient à la fois le plus petit nombre de places (7 à 10 places) et un faible taux d'occupation à la date de référence (30 à 60 %). Le jour de référence, l'offre d'hébergement d'urgence

⁵⁰ Tous les établissements indiqués dans le questionnaire B1 complété par les cantons ont été interrogés (section 3.3).

⁵¹ Tous les établissements indiqués dans le questionnaire B1 complété par les cantons ont été interrogés (section 3.3).

⁵² Les organismes responsables établis dans la même commune comptent comme un seul site.

(13 à 140 places) a enregistré le taux d'occupation le plus élevé (77–100 %) dans les cantons d'Argovie, de Berne, de Fribourg et de Neuchâtel⁵³. Une offre dans le canton de Berne tenait une liste d'attente à la date de référence.

Tableau 15 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Housing First (type 8) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. [Tableau 3](#))

Housing First (type 8)	
Nombre d'organismes responsables	8
Nombre de sites	6
Places autorisées	147
Places occupées à la date de référence (total)	135
Nombre de listes d'attente	4

Dans le type d'offre « **Housing First (type 8)** », huit prestataires ont été interrogé·es, dont six ont renvoyé le questionnaire dûment complété⁵⁴. Les six organisations prestataires se trouvaient dans quatre cantons et disposaient de 147 places autorisées. À la date de référence, ce type d'offre comptait 135 places occupées et un total de 4 listes d'attente était compté dans les cantons de Soleure, Vaud et Zoug. Dans les quatre cantons, le taux d'occupation des offres était très élevé. En comparaison, c'est le canton de Vaud qui a enregistré le taux d'occupation le plus faible de l'offre existante, puisque « seulement » 87 % des places disponibles étaient occupées à la date de référence. En revanche, (presque) toutes les places du type d'offre « Housing First » des cantons de Zoug, Fribourg et Soleure étaient occupées à la date de référence (96 à 100 %).

Comme le montre la figure ci-dessous, les taux d'occupation/utilisation des différents types d'offres dans le domaine de la thérapie psychosociale et sociopédagogique et de l'hébergement était tous élevés à la date de référence, dans des proportions différentes. Pour calculer le taux d'occupation/utilisation des types d'offres à la date de référence, on a cherché à savoir combien de places autorisées/à disposition étaient occupées.

⁵³ La validation des données n'a pas été finalisée par les responsables dans le canton de Neuchâtel.

⁵⁴ L'un de ces organismes responsables ne comptait pas encore de cas en cours, car l'offre était en cours de développement durant la période de l'enquête.

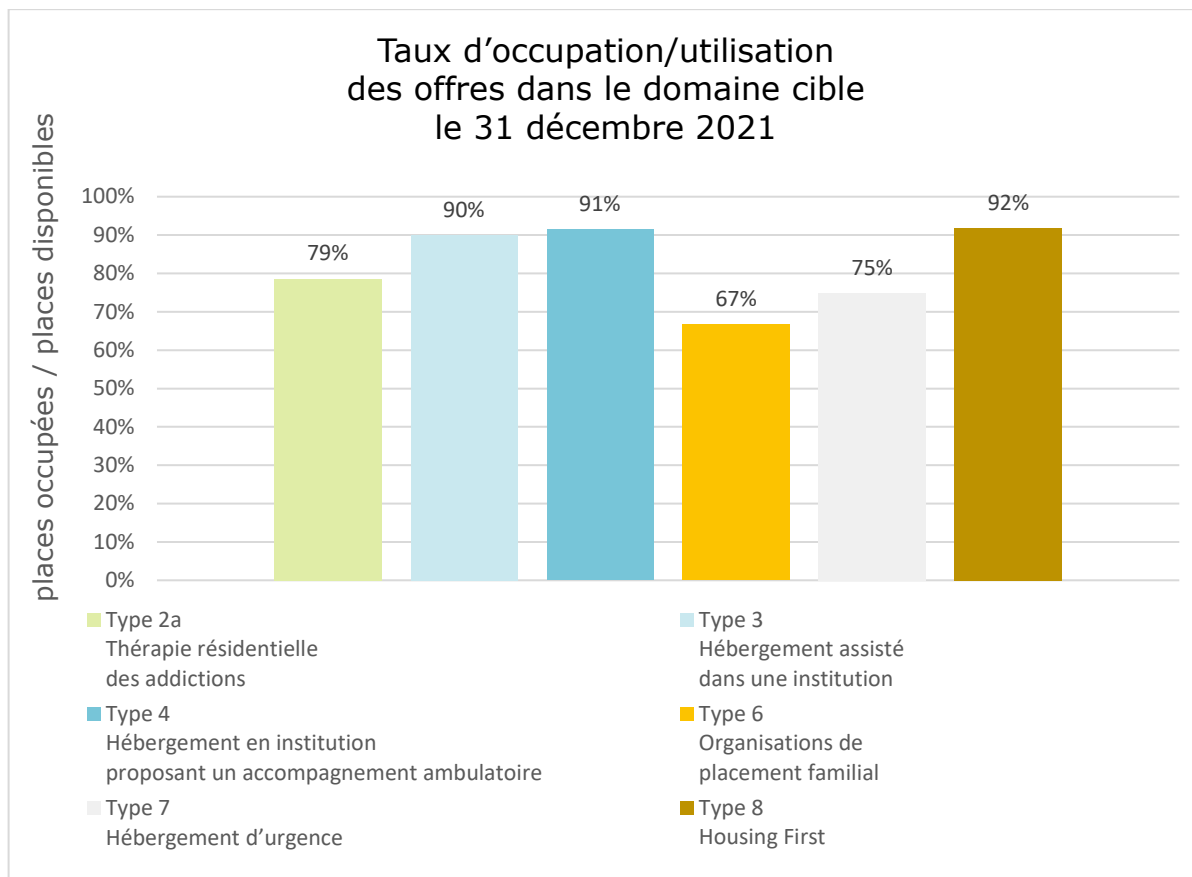


Figure 12 : taux d'utilisation/occupation de l'offre dans le domaine cible à la date de référence (31 décembre 2021) (Base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

Les types d'offres « Hébergement assisté dans une institution (type 3) », « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » et « Housing First (type 8) » ont enregistré le taux d'occupation le plus élevé au niveau national à la date de référence, avec 90 à 92 % des places autorisées occupées. Dans les deux types d'offre « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et « Hébergement d'urgence (type 7) », 75 à 79 % des places disponibles étaient occupées. C'est dans le type d'offre « Organisations de placement familial (type 6) » que le taux d'occupation était le plus faible à la date de référence.

Pour garantir une couverture plus large de ces taux à cette date, les prestataires ont été prié·es d'estimer le taux d'occupation/utilisation non seulement à la date de référence, mais également pour l'année antérieure. La figure ci-dessous montre l'évaluation moyenne du taux d'occupation/utilisation (1 = très faible, 5 = très élevé) effectuée par l'ensemble des prestataires pour chaque type d'offre dans les quatre régions : plateau/Suisse du Nord-Ouest⁵⁵, Suisse orientale⁵⁶, Suisse occidentale⁵⁷ et Suisse centrale⁵⁸. Le nombre de prestataires ayant fourni leur estimation du taux d'occupation/utilisation à la date de référence est affiché (« n = ») ci-dessous par type d'offre et par région.

⁵⁵ Les cantons suivants en font partie : AG, BE, BL, BS, SO, ZH. Pour cette enquête, le canton de Zurich a été classé dans la région Plateau/Suisse du Nord-Ouest. Sachant que le canton de Zurich pourrait appartenir aussi bien à la région de la Suisse du Nord-Ouest qu'à celle de la Suisse orientale (le canton de Zurich représente par exemple un membre associé dans les deux conférences gouvernementales ORK et NWRK).

⁵⁶ Les cantons suivants en font partie : AR, GR, TG, SG, SH, (sans GL).

⁵⁷ Les cantons suivants en font partie : FR, JU, NE, VD, VS, (sans TI, GE).

⁵⁸ Les cantons suivants en font partie : LU, NW, OW, SZ, UR, ZG.

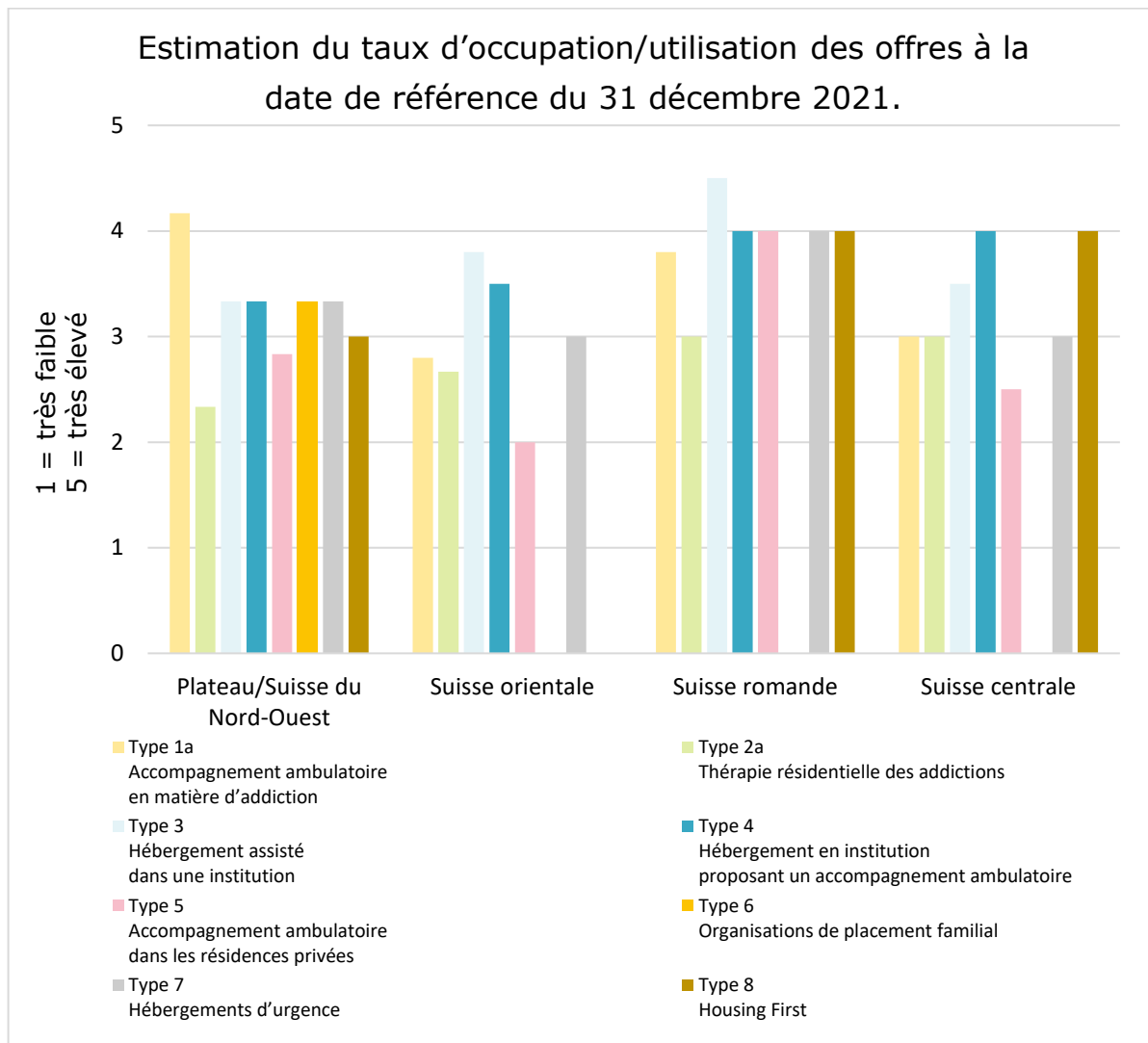


Figure 13 : estimation du taux d'occupation à la date de référence du 31 décembre 2021 par les prestataires du domaine cible (Base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

Dans la région **Plateau/Suisse du Nord-Ouest**, ce sont les prestataires (n = 28) du type d'offre « *Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a)* » qui ont enregistré le taux d'occupation/utilisation le plus élevé à la date de référence (le 31 décembre 2021) ainsi que durant l'année 2021. Dans le type d'offre « *Thérapie résidentielle des addictions (type 2a)* » (n = 17), les prestataires ont estimé un taux d'occupation moyen (plutôt) faible à la date de référence et en 2021. À la date de référence et durant l'année 2021, le taux d'occupation/utilisation était moyennement élevé dans les autres types d'offres « *Hébergement assisté dans une institution (type 3)* » (n = 40), « *Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4)* » (n = 25), « *Hébergements d'urgence (type 7)* » (n = 6) et « *Housing First (type 8)* » (n = 1).

En **Suisse orientale**, les taux d'occupation/utilisation des offres de « *Accompagnement ambulatoire et thérapie des addictions (type 1a)* » (n = 24) et de « *Thérapie résidentielle des addictions (type 2a)* » (n = 2) ainsi que les « *Hébergements d'urgence (type 7)* » (n = 3)

étaient moyennement élevées, tant à la date de référence qu'en 2021, selon les prestataires interrogé-es. Un taux d'occupation légèrement plus élevé en 2021 et en particulier à la date de référence a été rapporté dans les offres de « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » (n = 16) et de « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » (n = 3). Pour le type d'offre « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » (n = 3), le taux d'occupation a été jugé faible, tant à la date de référence qu'en 2021. Les offres d'« Organisations de placement familial (type 6) » et de « Housing First (type 8) » ne sont pas disponibles.

En **Suisse occidentale**, le taux moyen d'occupation/utilisation à la date de référence a été jugé élevé pour le type d'offre « Accompagnement ambulatoire en matière d'addictions (type 1a) » (n = 11). En revanche, dans cette région, les prestataires (n = 7) du type d'offre « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » ont enregistré le taux d'occupation/utilisation le plus élevé à la date de référence ainsi qu'en 2021. En Suisse romande, les types d'offres « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » (n = 2), « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 5) » (n = 9), « Hébergement d'urgence (type 7) » (n = 2) et « Housing First (type 8) » (n = 4) ont enregistré un taux d'occupation élevé à la date de référence et, à l'exception des types 4 et 8, en 2021. Rétrospectivement, le taux d'occupation du type d'offre « Housing First » a été considéré comme très élevé en 2021, et celui du type d'offre « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire » comme moyennement élevé. En Suisse romande, seul-es les prestataires du type d'offre « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » (n = 14) ont rapporté un taux d'occupation moyennement élevé, tant à la date de référence qu'en 2021.

En **Suisse centrale**, les prestataires des offres suivantes ont enregistré un taux d'occupation/utilisation moyennement élevé à la date de référence ainsi que durant l'année 2021 : « Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) » (n = 14), « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » (n = 4), « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » (n = 2) et « Hébergement d'urgence (type 7) » (n = 1). Les types d'offre de « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » (n = 5), de « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » (n = 1) et de « Housing First (type 8) » (n = 1) ont rapporté un taux d'occupation/utilisation élevé à la date de référence ainsi que durant l'année 2021.

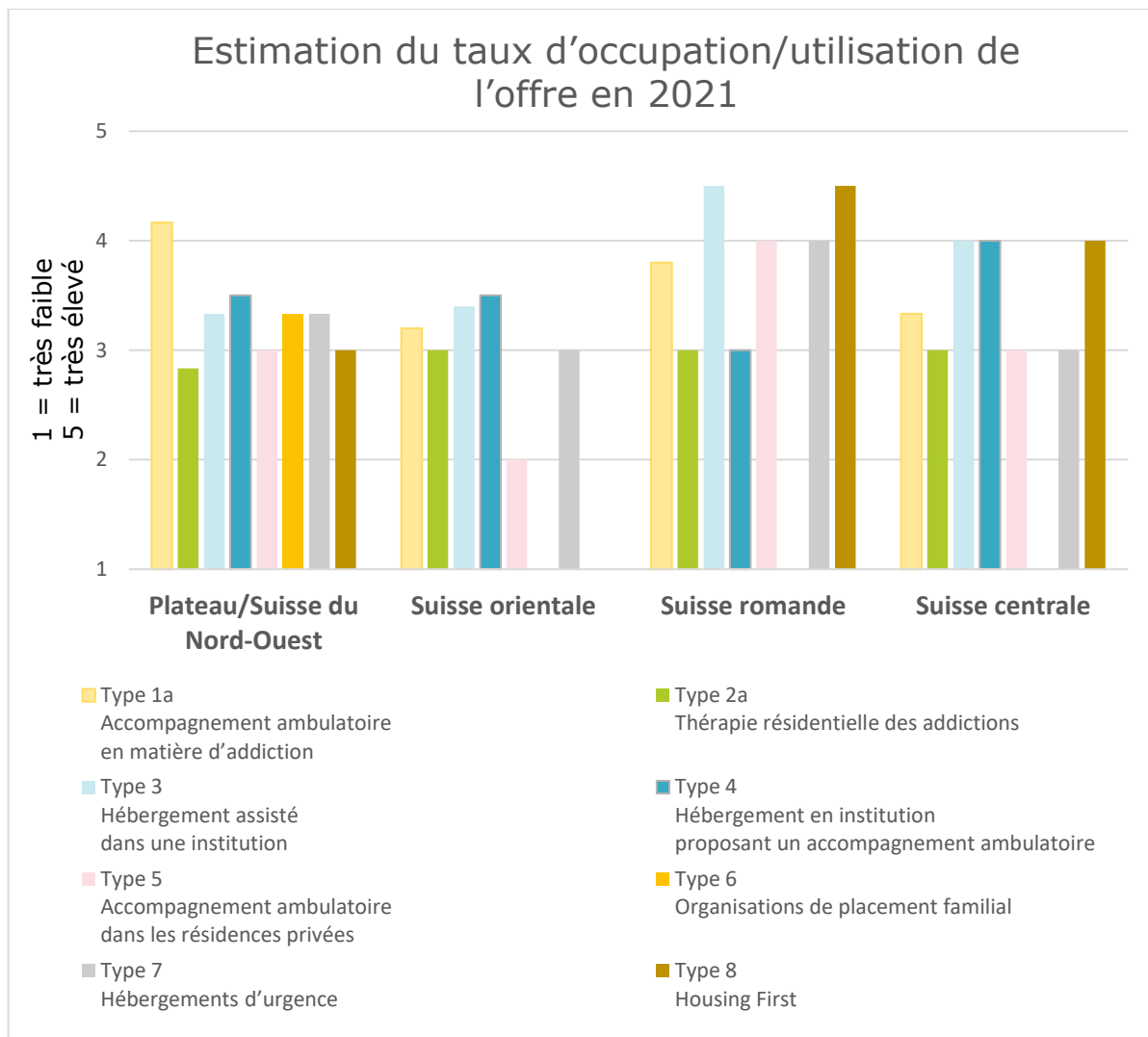


Figure 14 : Estimation du taux d'occupation par les prestataires dans le domaine cible au cours de la dernière année (2021) (base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

Conclusion intermédiaire : la capacité et l'occupation/utilisation des offres dans le domaine cible

Le taux d'occupation/utilisation estimé diffère d'un canton à l'autre. Contrairement à la Suisse alémanique, la Suisse romande a enregistré un taux d'occupation/utilisation plus élevé dans la plupart des types d'offres ; c'est notamment le cas des formes d'hébergement accompagné et encadré. En outre, les résultats montrent que le taux d'occupation à la date de référence a tendance à être plus élevé que le taux moyen de l'année 2021. Il convient d'en tenir compte lors de l'interprétation du taux d'utilisation/occupation. À la date de référence, le taux d'occupation/utilisation était supérieur à 75 % dans tous les types d'offres, à l'exception des « Organisations de placement familial (type 6) » ; les offres d'hébergement en institution et inconditionnel atteignaient même un taux supérieur à 90 %. Il se peut que la tendance vers le haut de l'utilisation des offres à la fin de l'année 2021 pourrait également être liée à la pandémie de Covid-19.

6.2.2 La répartition régionale des offres dans le domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions

Les sections suivantes donnent un aperçu de la répartition régionale des offres dans le domaine cible. Dans un premier temps, le nombre de prestataires interrogé·es dans le domaine cible est présenté par région (Plateau / Suisse du Nord-Ouest, Suisse orientale, Suisse romande, Suisse centrale). Par ailleurs, la répartition régionale des offres spécifiques aux addictions est présentée pour les offres de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et de la « Médecine des addictions (type 2b) ». La dernière section traite de la couverture des places disponibles pour 100 000 habitant·es dans les domaines de la « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) », de l'« Hébergement en institution (types 3 et 4) », de l'« Hébergement d'urgence (type 7) » et des offres de « Housing First » (type 8) ». Comme les offres de type « Organisations de placement familial (type 6) » sont peu nombreuses, nous avons renoncé à représenter leurs places disponibles sous forme graphique.

Lors de la préparation de cet aperçu, il a été demandé aux délégué·es cantonaux aux problèmes des addictions (ou à leur représentant·es) d'énumérer non seulement toutes les offres dans le domaine cible, mais également les offres additionnelles de médecine des addictions accessibles à l'intérieur du canton. Dans les rapports cantonaux, cela a mis en évidence la répartition des offres du domaine cible et de la médecine résidentielle et ambulatoire des addictions. Le graphique ci-après indique dans un premier temps combien d'offres du domaine cible sont proposées dans les quatre régions et, dans un deuxième temps, quelle est la répartition régionale des offres résidentielles de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et de la « Médecine des addictions (type 2b) ».

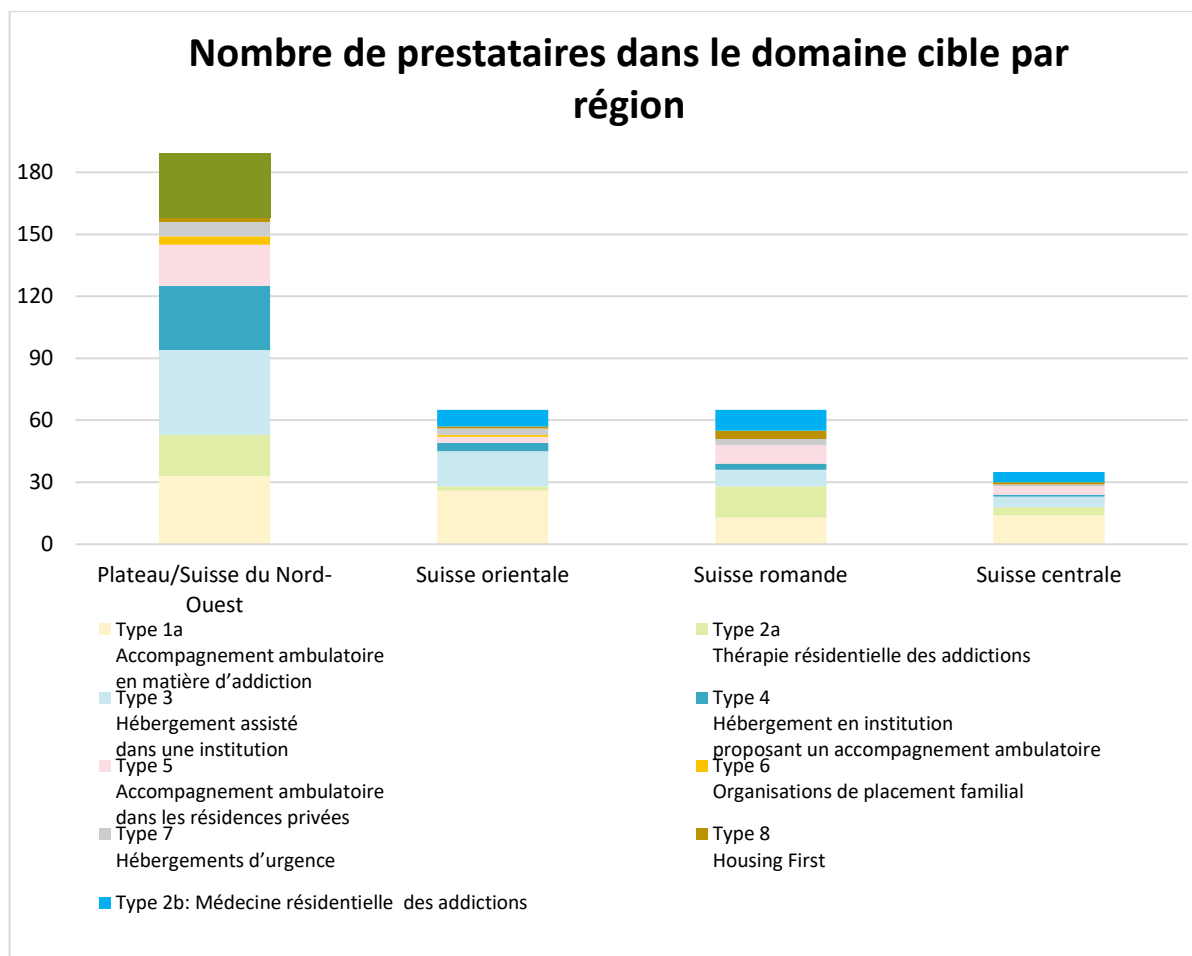


Figure 15 : Nombre de prestataires dans le domaine cible par région (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)

Dans la région **Plateau/Suisse du Nord-Ouest** qui comprend plus de quatre millions d'habitant·es (47 % de la population suisse en 2020), un total de 91 prestataires proposant 158 offres dans tous les types d'offres du domaine cible ont été interrogé·es. Dans le domaine du type d'offre additionnel de « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) », 31 institutions ont été prises en compte dans les analyses de la « Statistique médicale des hôpitaux » par l'OBSAN⁵⁹. La plupart des prestataires dans le type d'offre « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » ont été interrogé·es (n = 41). Dans les types d'offres de « Consultations ambulatoires en matière d'addictions (type 1a) » et d'« Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) », 33, respectivement 31 prestataires ont été interrogé·es. Les deux types d'offres de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et d'« Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » comptaient chacun 20 prestataires. Dans la région Plateau / Nord-Ouest de la Suisse, 7 prestataires proposaient une offre de « Hébergement d'urgence (type 7) » et deux organismes responsables des services de « Housing First (type 8) ». Dans toute la Suisse, les offres de type « Organisations de placement familial (type 6) » sont peu représentées. Des cinq prestataires interrogé·es pour ce type d'offre, quatre étaient établi·es dans cette région.

⁵⁹ Délimitation des domaines de soins
<https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/delimitation-et-definition-du-cas-MS>.

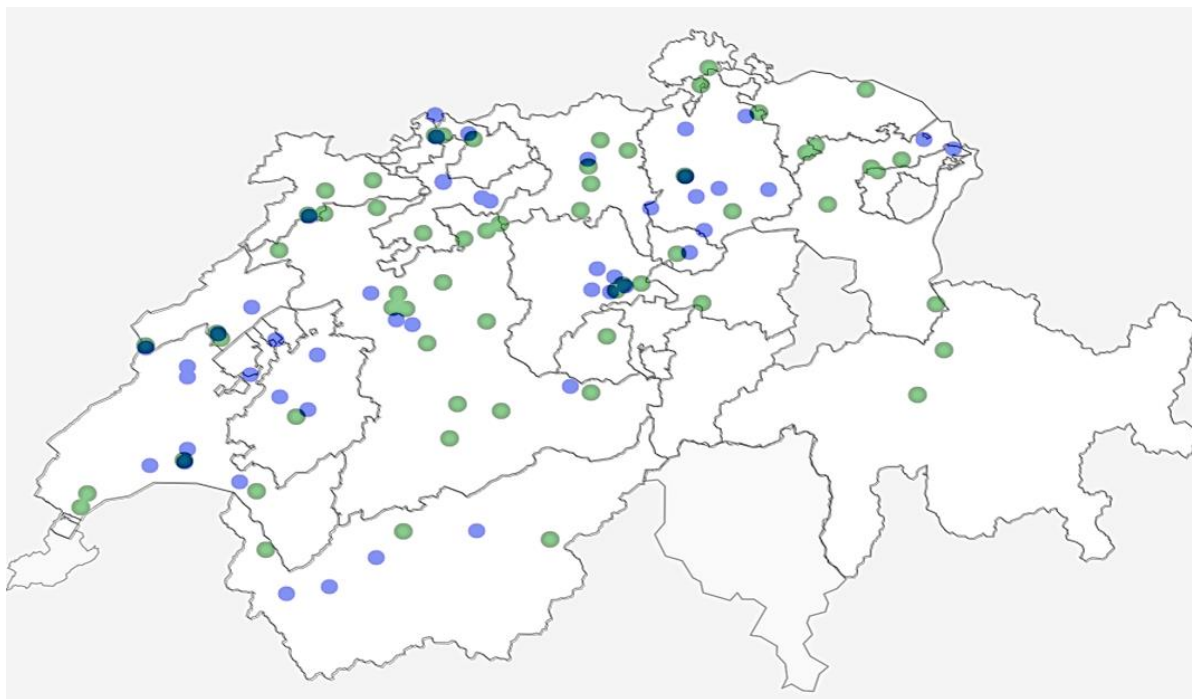
En Suisse **Suisse orientale** où vivent près de 1,14 million d'habitant·es (13% de la population suisse en 2020, sans les cantons de Glaris et d'Appenzell Rhodes-Intérieures), un total de 44 prestataires proposant 57 offres dans tous les types d'offres du domaine cible ont été interrogés. Dans ses analyses concernant la « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) », l'OBSAN a pu prendre en compte huit institutions de cette région. Les types d'offre d'« accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) » (n = 26) et d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) » (n = 17) comptent le plus grand nombre de prestataires. Quatre prestataires étaient actifs dans le type d'offre « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » et deux dans les types d'offre « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » et « Hébergement d'urgence (type 7) ». En Suisse orientale, deux prestataires de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » ainsi qu'une institution prestataire dans chacun des types d'offre de « Housing First (type 8) » et d'« Organisations de placement familial (type 6) » ont également été interrogé·es.

En Suisse **Suisse occidentale** où vivent environ 1,74 million d'habitant·es (20% de la population suisse en 2020, sans les cantons de Genève), un total de 28 prestataires proposant 53 offres dans tous les types d'offres du domaine cible ont été interrogé·es, à l'exception du type « Organisations de placement familial (type 6) ». Dans ses analyses, l'OBSAN a pu prendre en compte dix établissements de médecine résidentielle des addictions (type 2b) de cette région. La plupart des prestataires ont été interrogé·es dans les types d'offre de « thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » (n = 15), de « consultations ambulatoires en matière d'addictions (type 1a) » (n = 11). Neuf prestataires ont été interrogé·es dans le type d'offre d'« accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » et huit dans le type d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) ». Avec quatre prestataires dans le type d'offre « Housing First (type 8) », la Suisse occidentale comptait le plus grand nombre de prestataires dans ce type d'offre. Les deux types d'offres d'« Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » et d'« Hébergement d'urgence (type 7) » sont tous deux proposés par trois institutions prestataires.

En Suisse **Suisse centrale** où vivent environ 828 000 habitant·es (10% de la population suisse en 2020), un total de 26 prestataires proposant 30 offres dans tous les types d'offres du domaine cible ont été interrogé·es, à l'exception du type « Organismes de placement familial (type 6) ». Dans le domaine du type d'offre additionnelle « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) », 5 institutions ont été prises en compte dans les analyses de la Statistique médicale des hôpitaux menées par l'OBSAN. La plupart des prestataires proposaient le type d'offre « Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) » (n = 14). Cinq prestataires ont été interrogés dans le type d'offre « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » et deux dans chacun des deux types d'offre « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) ». Une organisation prestataire était active dans chacun des types d'offre suivants : « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) », « Hébergement d'urgence (type 7) » et « Housing First (type 8) ».

La figure suivante illustre la répartition régionale des offres du type « **Thérapie résidentielle des addictions (type 2a)** » (en bleu) et des offres du type « **Médecine résidentielle des addictions (type 2b)** » (en vert) dans les 22 cantons. Les données source de cette représentation proviennent du questionnaire B1 complété par les déléguées et délégués cantonaux aux problèmes des addictions ou leur représentant·es au sein de leur canton. Pour le type d'offre « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) », cela signifie que seuls les

établissements spécifiques aux addictions sont représentés et non pas tous les établissements pris en compte dans les analyses secondaires de la « Statistique médicale des hôpitaux » réalisées par l'OBSAN.



Légende : « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » (type 2a = bleu) ; « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) » (type 2b = vert)

Figure 16 : répartition régionale des offres du type « Thérapie résidentielle des addictions 2a » et « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) » à la date de référence (31 décembre 2021) (base de données pour les deux types d'offres : questionnaire B1, cf. [Tableau 3](#))

Les « Thérapies résidentielles des addictions (type 2a) » étaient proposées par 41 organismes responsables sur 44 sites. Réparties sur 51 sites, les offres de « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) » sont un peu plus nombreuses et réparties de façon plus uniforme en Suisse. Dans la région de la Suisse orientale, les offres de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » étaient réparties sur seulement deux sites. En revanche, dans la région de la Suisse occidentale ainsi que dans le canton de Zurich, la densité de l'offre était plutôt plus élevée dans ce type d'offre. En Suisse centrale, les offres de thérapie résidentielle des addictions étaient situées dans les deux plus grands cantons, à savoir Lucerne et Zoug.

La figure suivante illustre la répartition régionale de l'offre dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4) dans les cantons, fondée sur les données issues du questionnaire B1. Les offres d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) » sont marquées de points bruns et les offres d'« Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » sont marquées de points orange. Les sites disposant à la fois d'offres de type 3 et d'offres de type 4 sont représentés par des points bleus .

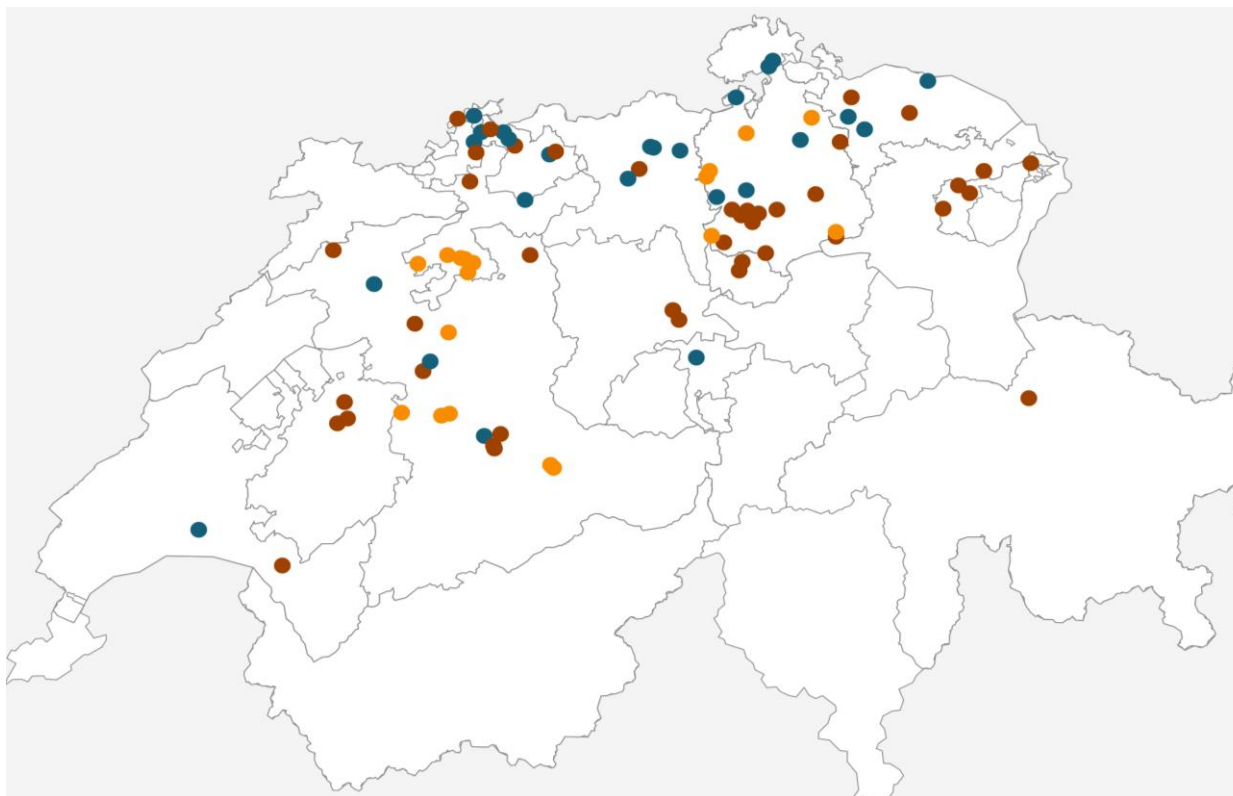


Figure 17 : répartition régionale des offres dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4). (base de données : questionnaire B1, cf. [Tableau 3](#))

La figure montre que les offres du type « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » se trouvent dans un nombre nettement plus élevé de sites que les offres du type « Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) ». Aucun canton ne propose exclusivement des offres de type 4 et il semble que de telles offres soient souvent proposées conjointement avec des offres d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) » sur un même site. La couverture régionale de l'offre d'hébergement dans une institution était nettement plus faible dans les régions de Suisse centrale et de Suisse occidentale que dans la région Plateau/Suisse du Nord-Ouest. En outre, on remarque que les sites des offres d'hébergement dans une institution se rassemblent autour des centres urbains des cantons. C'est le cas par exemple à Berne, Lausanne, Bâle, Zurich, Fribourg, Lucerne, Saint-Gall, Schaffhouse, Winterthour, Baden et Zoug. Dans les zones rurales, la densité de l'offre diminue.

Conclusion intermédiaire : la répartition géographique de l'offre dans le domaine cible

Les quatre régions analysées, à savoir le **Plateau/la Suisse du Nord-Ouest**, la Suisse orientale, la **Suisse occidentale** et la **Suisse centrale** disposent respectivement de différents types d'offres dans le domaine cible. Dans la région **Plateau/Suisse du Nord-Ouest**, la plupart des prestataires ont été interrogé-es dans le type d'offre « Hébergement assisté dans une institution (type 3) ». En **Suisse orientale** et en **Suisse centrale**, le type d'offre « Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) » comptait le plus grand nombre de prestataires interrogé-es. En **Suisse occidentale**, en revanche, la plupart des prestataires proposaient des services dans le type d'offre « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) ». L'analyse comparative a mis en évidence que les offres de « Médecine résidentielle des addictions (2b) » étaient un peu plus fréquentes que les offres de « Thérapie résidentielle des addictions (2a) » et qu'elles étaient réparties de manière plus homogène sur le territoire suisse. En observant les types d'offres d'« Hébergement dans une institution (type 3, type 4) », on observe que les offres du type « hébergement assisté dans une institution (type 3) » se trouvaient dans un nombre nettement plus élevé de sites que les offres du type « Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) ». Aucun canton ne propose exclusivement des offres de type 4 et il semble que de telles offres soient souvent proposées conjointement avec des offres d'hébergement assisté dans une institution sur un même site. La couverture régionale de l'offre d'hébergement dans une institution était nettement plus faible dans les régions de « Suisse centrale » et de **Suisse occidentale** que dans la région **Plateau/Suisse du Nord-Ouest**. On remarque en outre que les sites d'hébergement dans une institution se concentrent à la périphérie des centres urbains dans les cantons. En revanche, la densité de l'offre a diminué dans les zones rurales.

6.2.3 Les usagers et usagères du domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions par canton de résidence

Les prestataires cantonaux du domaine cible ont été priés d'indiquer le canton de résidence de leurs usagers et usagères. Cela donne des indications sur l'utilisation (et sa fréquence) des offres cantonales par des personnes résidant hors du canton, ainsi que sur la répartition des usagers et usagères par canton de résidence. Les résultats concernant les offres dans le domaine cible se basent sur une auto-déclaration des prestataires. Pour la répartition par canton de résidence, les résultats de l'analyse secondaire de la « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS, 2020)⁶⁰ ont également été pris en compte. Ces données se rapportent aux patients et patientes qui ont eu recours à une offre de médecine résidentielle des addictions en 2020. Lorsqu'une personne a effectué plusieurs séjours hospitaliers, seule l'indication du canton de résidence lors du premier séjour a été prise en compte dans le calcul. Cette façon de procéder permet d'éviter les doublons lorsqu'un patient ou une patiente a changé de canton de résidence en cours d'année.

Limitations : la base de données contenait l'information relative au canton de résidence de la clientèle pour environ 6% des usagers et usagères du domaine cible. Dans les offres de médecine résidentielle des addictions (type 2b), le canton de résidence de la clientèle n'était pas indiqué pour 14 personnes (< 1 %). En outre, des personnes non domiciliées en Suisse ont été traitées aussi bien dans le domaine cible que dans la médecine résidentielle des addictions. Ces personnes, ainsi que la clientèle résidant dans l'un des quatre cantons qui n'ont pas participé à l'enquête (AI, GE, GL, TI), sont présentées séparément dans le tableau ci-dessous sous forme de chiffres absolus. Pour les résultats du domaine cible, les données datent du 31 décembre 2021 (la date de référence) et les résultats de l'analyse secondaire de la Statistique médicale des hôpitaux par l'OBSAN sont des données couvrant toute l'année (2020). De ce fait, la comparabilité de ces résultats ne va pas de soi. Dans l'analyse secondaire, l'OBSAN a tenu compte de tous les établissements résidentiels dans le domaine des soins psychiatriques. Ainsi, des offres considérées comme non spécifiques aux addictions et n'ayant pas été saisies dans le questionnaire B1 ont également été enregistrées. Inversement, des offres ont été saisies dans le questionnaire B1 en tant qu'offre résidentielle de la médecine des addictions (type 2b), mais ne figuraient pas dans la « Statistique médicale des hôpitaux ». Par conséquent, dans certains cantons, notamment en Suisse occidentale, d'importantes institutions résidentielles d'aide en matière d'addiction, qui facturent leurs prestations via la LA-Mal, n'ont pas été prises en compte dans l'enquête. Dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4) il se peut que certaines offres d'aide aux personnes en situation de handicap qui traitent entre autres des personnes présentant une addiction, n'aient pas été prises en compte dans l'enquête : soit parce qu'elles ne s'adressaient pas spécifiquement aux personnes présentant une addiction, soit parce qu'elles n'étaient pas conceptuellement assumées comme spécifiquement destinées à ces personnes en particulier.

De plus, les résultats ne permettent **pas de tirer des conclusions sur la prévalence réelle des addictions dans la population du canton**. Le fait que le nombre d'usagers et usagères

⁶⁰ Cette analyse a été réalisée par l'OBSAN en 2022.

est plus élevé dans un canton peut avoir des causes multiples. Ainsi, une plus grande sensibilisation de la population aux addictions et aux offres d'aide en matière d'addictions peut entraîner une augmentation de la demande ou, à l'inverse, l'absence d'offres ou des obstacles structurels à l'accès peuvent entraîner une diminution de la proportion d'usagers et usagères de l'aide en matière d'addiction dans un canton.

Tableau 16 : Base de données des analyses sur la répartition des usagers et usagères par canton de résidence (questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

	Dans le domaine cible (total)	Type 1a ⁶¹	Type 2a ⁶²	Type 3 ⁶³	Type 4 ⁶⁴	Type 5 ⁶⁵	Type 6 ⁶⁶	Type 7 ⁶⁷	Type 8 ⁶⁸	Type 2b ⁶⁹
Nombre d'usagers et usagères, sans indication du canton de résidence	1436	1282	2	54	37	37	0	24	0	14
Nombre d'usagers et usagères ne résidant pas en Suisse	270	62	1	190	0	0	0	17	0	182
Nombre d'usagers et usagères extra-cantonaux, en provenance des cantons AI, GE, GL, TI	63	31	24	5	1	0	1	1	0	89
Nombre d'usagers et usagères (total)	25 489	20 272	638	1760	1062	1302	58	284	135	11 161

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de la répartition des usagers et usagères du domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions (type 2b) (OFS, 2020b) par canton de résidence. Pour une meilleure comparabilité des résultats, le nombre d'usagers et usagères pour 100 000 habitant-es⁷⁰ dans le canton a été calculé aussi bien pour le domaine cible que pour les offres de médecine résidentielle des addictions. Une représentation graphique de ces données suit ce tableau. Le nombre d'usagers et usagères se réfère aussi bien aux personnes ayant fait appel à une offre dans leur propre canton qu'à celles qui ont eu recours à une offre en dehors de leur canton.

⁶¹ Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction.

⁶² Type 2a : Thérapie résidentielle des addictions.

⁶³ Type 3 : Hébergement assisté dans une institution.

⁶⁴ Type 4 : Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire.

⁶⁵ Type 5 : Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées.

⁶⁶ Type 6 : Organismes de placement familial.

⁶⁷ Type 7 : Hébergement d'urgence.

⁶⁸ Type 8 : *Housing First*.

⁶⁹ Type 2b : Médecine stationnaire des addictions selon la « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS, 2020).

⁷⁰ Nombre d'habitant-es en 2020 selon l'Office fédéral de la statistique.

Tableau 17 : usagers et usagères par canton de résidence par rapport à la population cantonale (base de données : « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS 2020b))

Canton de résidence	Nombre d'usagers et usagères pour 1000 habitant-es									
	Dans le domaine cible (total)	Type 1a ⁷¹	Type 2a ⁷²	Type 3 ⁷³	Type 4 ⁷⁴	Type 5 ⁷⁵	Type 6 ⁷⁶	Type 7 ⁷⁷	Type 8 ⁷⁸	Type 2b ⁷⁹
Argovie	204	187	2	10	3	< 1	< 1	2	< 1	144
Appenzell Rhodes-Ext.	337	296	25	16	0	0	0	0	0	174
Bâle-Campagne	328	209	5	38	12	61	3	0	0	162
Bâle-Ville	1037	848	12	55	70	47	5	0	0	277
Berne	531	426	5	25	39	25	2	9	0	146
Fribourg	227	119	19	5	0	68	< 1	8	8	105
Grisons	189	166	1	19	0	0	1	2	0	132
Jura	442	423	0	1	0	1	1	1	0	103
Lucerne	155	121	12	12	3	4	1	2	0	116
Neuchâtel	733	605	24	0	0	68	0	36	0	112
Nidwald	279	273	2	2	0	2	0	0	0	100
Obwald	284	263	0	5	0	16	0	0	0	89
Schaffhouse	282	232	1	6	0	35	1	7	0	163
Schwyz	106	97	1	7	0	0	1	0	0	98
Soleure	284	220	11	4	16	16	3	1	13	207
Saint-Gall	296	276	6	10	0	4	0	0	0	155
Thurgovie	366	336	1	28	0	0	0	1	0	189
Uri	38	5	3	8	0	22	0	0	0	84
Vaud	147	123	5	1	0	18	0	< 1	0	83
Valais	518	394	36	31	3	35	0	0	19	57
Zoug	152	102	7	37	0	1	0	0	5	105
Zurich	191	132	5	30	23	< 1	< 1	1	0	163
Ø Nombre d'usag. pour 100 000 habitant-es ⁸⁰	323	261	9	16	8	19	1	3	2	135
Ø Nombre médian d'usag. pour 100 000 habitant-es ⁸¹	283	226	5	10	0	10	0	0.5	0	124

⁷¹ Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction.⁷² Type 2a : Thérapie résidentielle des addictions.⁷³ Type 3 : Hébergement assisté dans une institution.⁷⁴ Type 4 : Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire.⁷⁵ Type 5 : Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées.⁷⁶ Type 6 : Organismes de placement familial.⁷⁷ Type 7 : Hébergement d'urgence.⁷⁸ Type 8 : Housing First.⁷⁹ Type 2b : Médecine résidentielle des addictions selon la « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS, 2020).⁸⁰ L'indication se réfère à l'ensemble des usagers et usagères des cantons participants, à l'exclusion des personnes sans indication du canton de domicile, non domiciliées en Suisse et domiciliées dans les quatre cantons exclus AI, GE, GL, TI.⁸¹ L'indication se réfère à l'ensemble des usagers et usagères des cantons participants, à l'exclusion des personnes sans indication du canton de domicile, non domiciliées en Suisse et domiciliées dans les quatre cantons exclus AI, GE, GL, TI.

Pour 100 000 habitant·es des cantons participants, 323 personnes en moyenne étaient traitées dans des offres du domaine cible à la date de référence (le 31 décembre 2021) (médiane = 283 personnes). En revanche, pour l'année 2020, il s'est avéré qu'en moyenne 135 personnes pour 100 000 habitant·es ont eu recours à une offre de médecine résidentielle des addictions dans les cantons participants (médiane = 124 personnes).

Le tableau montre qu'à la date de référence, des offres d'« Accompagnement ambulatoire des addictions (type 1a) » ont été sollicitées par des personnes de tous les cantons participants. La situation est similaire pour les types d'offres de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) ». Aucune personne domiciliée dans le canton d'Obwald n'a bénéficié d'une offre de thérapie résidentielle des addictions, et aucune personne du canton de Neuchâtel⁸² n'a fait appel aux offres d'hébergement assisté dans une institution. Par rapport à la population cantonale, la proportion de la clientèle des « Thérapies résidentielles des addictions (type 2a) » était la plus élevée dans les cantons du Valais (36 bénéficiaires pour 100 000 habitants), d'Appenzell Rhodes-Extérieures (25 bénéficiaires) et de Neuchâtel (24 bénéficiaires).

Dans le type d'offre d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) », les cantons de Bâle-Ville (55 bénéficiaires), Bâle-Campagne (38 bénéficiaires) et Zoug (37 bénéficiaires) présentaient le plus grand nombre d'utilisateurs et utilisatrices pour 100 000 habitant·es. La majorité des cantons participants (n = 14) ne compte (presque)⁸³ aucun utilisateur ou utilisatrice de leur canton dans le type d'offre d'« Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) ». Parmi les huit cantons dont les utilisateurs et utilisatrices ont fait appel à cette offre à la date de référence, les cantons de Bâle-Ville (70 bénéficiaires) et de Berne (39 bénéficiaires) comptaient le plus grand nombre de bénéficiaires pour 100 000 habitant·es. Dans le type d'offre « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) », six cantons ne comptaient (presque)⁸⁴ aucun utilisateur ou utilisatrice. Dans ce type d'offre, les deux cantons romands de Fribourg et Neuchâtel ont enregistré la plus forte proportion de bénéficiaires, à savoir 68 personnes pour 100 000 habitants, respectivement.

Alors que seuls quatre cantons disposaient d'offres de type « Organismes de placement familial (type 6) », la clientèle de cette offre provenait de onze cantons. De manière générale, le nombre d'utilisateurs et utilisatrices dans ce type d'offre est faible. Mais en comparaison, c'est dans les cantons de Bâle-Ville (5 bénéficiaires), Bâle-Campagne (3 bénéficiaires) et Soleure (3 bénéficiaires) que l'on trouvait le plus grand nombre d'utilisateurs et utilisatrices pour 100 000 habitant·es. Dans la moitié des cantons participants (n = 11), des personnes ont eu recours à des offres d'« Hébergement d'urgence (type 7) ». Par rapport à la population cantonale, ce sont les personnes du canton de Neuchâtel qui ont le plus utilisé ces offres (36 bénéficiaires pour 100 000 habitant·es). La clientèle du type d'offre « Housing First (type 8) » résidait presque exclusivement dans les cantons où ce type d'offre était disponible. En comparaison avec les autres cantons, c'est dans le canton de Vaud que la proportion de la clientèle de cette offre par rapport à la population cantonale était la plus élevée, à savoir 19 utilisateurs et utilisatrices pour 100 000 habitant·es.

⁸² La validation des données par les représentants dans le canton de Neuchâtel n'a pas pu aboutir.

⁸³ Sur la base de l'extrapolation à 100 000 habitant·es, deux cantons comptaient moins d'une personne parmi les utilisateurs et utilisatrices.

⁸⁴ Sur la base d'une extrapolation pour 100 000 habitant·es, trois cantons comptaient moins d'une personne parmi les utilisateurs et utilisatrices.

Nombre de bénéficiaires dans le domaine cible
par canton de résidence pour 100 000 habitant·es
(31.12.2021)

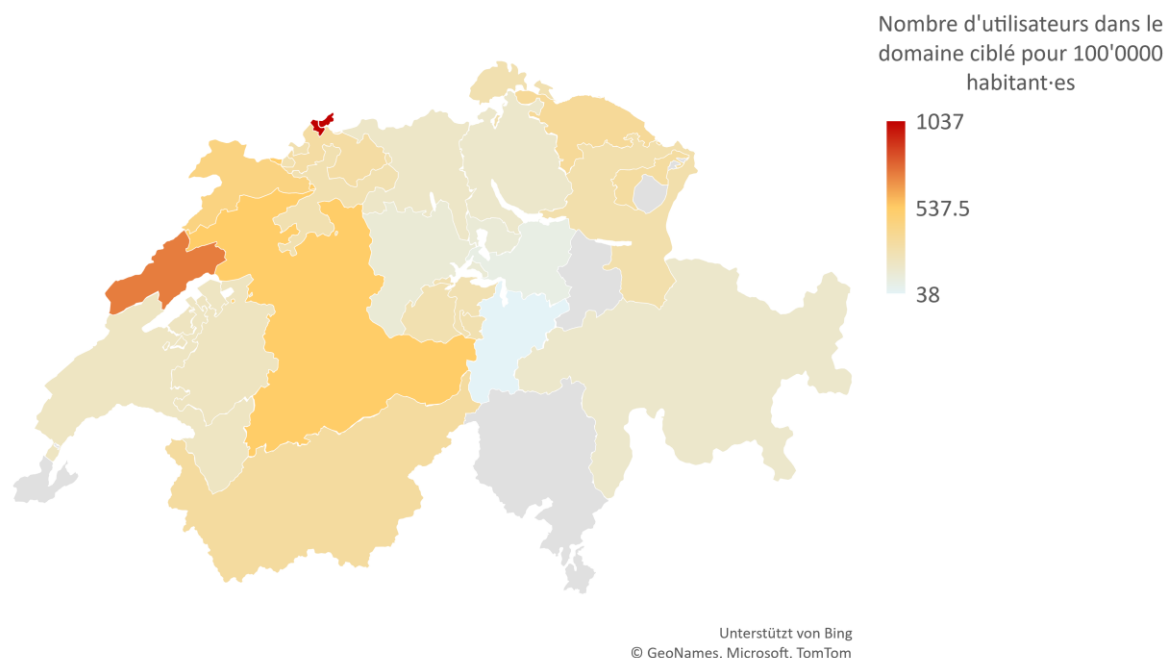


Figure 18 : nombre de bénéficiaires dans le domaine cible par canton de résidence pour 100 000 habitant·es (2021)

Par rapport à la population cantonale, la proportion d'usagers et usagères d'une offre du domaine cible était la plus élevée à la date de référence dans les cantons de Bâle-Ville (1037 usag. pour 100 000 habitant·es), Neuchâtel (733 usag.), Berne (531 usag.) et Valais (518 usag.). C'est dans le canton d'Uri qu'il y avait de loin le moins d'usagers et usagères (n=38 usag. pour 100 000 habitant·es) dans le domaine cible. Les deux autres cantons de Suisse centrale, Schwyz (106 usag.) et Zoug (152 usag.), comptaient le nombre le plus bas d'usagers et d'usagères dans le domaine cible à la date de référence par rapport à leur population cantonale.

Nombre de bénéficiaires de la médecine résidentielle des addictions pour 100 000 habitant·es (2020)

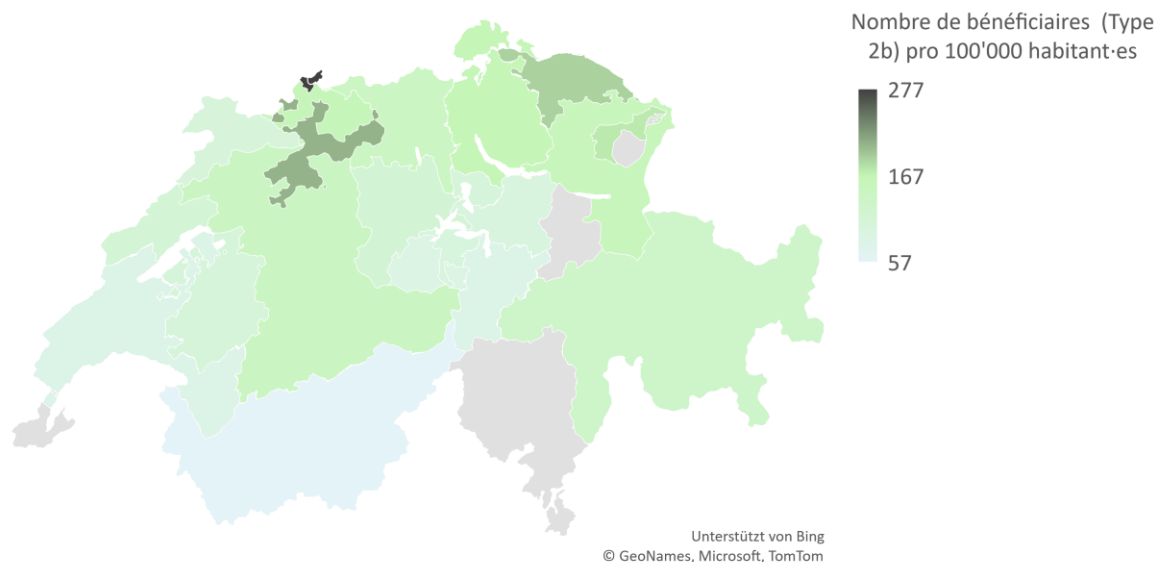


Figure 19 : nombre de bénéficiaires de la médecine résidentielle des addictions pour 100 000 habitant·es (2020)

En 2020, les différences cantonales n'étaient pas aussi prononcées en ce qui concerne le nombre d'usagers et usagères de la médecine résidentielle des addictions que pour les offres psychosociales et sociopédagogiques du domaine cible. Mais là encore, le canton de Bâle-Ville comptait le plus grand nombre de bénéficiaires, avec 277 personnes pour 100 000 habitant·es. Les deux cantons de Soleure (207 usag.) et de Thurgovie (189 usag.) comptaient également un nombre élevé d'usagers et d'usagères de la médecine résidentielle des addictions par rapport à leur population cantonale. Inversement, dans le canton du Valais, seules 57 personnes pour 100 000 habitant·es faisaient appel à la médecine résidentielle des addictions. Les deux cantons de Vaud (83 usag.) et d'Uri (84 usag.) présentaient également le plus faible nombre d'usagers et usagères de ce type d'offre par rapport à leur population cantonale.

Conclusion intermédiaire : la clientèle du domaine cible selon le canton de résidence

Les résultats montrent qu'à la date de référence, des personnes de tous les cantons participants ont eu recours à des offres d'« Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) ». La situation est similaire pour les types d'offres de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) ». La majorité des cantons participants (n = 14) ne comptait (presque) aucune personne domiciliée dans le canton ayant recours à des offres d'« Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) ». Dans environ un tiers des cantons, les offres d'accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) ne comptaient aucun usager ou usagère. Alors que seuls quatre cantons disposaient d'offres de type « Organismes de placement familial (type 6) », la clientèle de cette offre provenait de 11 cantons. Dans la moitié des cantons participants (n = 11), des personnes ont eu recours à des offres d'« Hébergement d'urgence (type 7) » et la clientèle du type d'offre « Housing First (type 8) » habitait presque exclusivement dans les cantons où ce type d'offre était proposé. Par rapport à la population cantonale, les cantons de Bâle-Ville, Neuchâtel, Berne et Valais comptaient à la date de référence le plus grand nombre de personnes dans une offre du domaine cible (518 à 1037 usagers et usagères pour 100 000 habitant·es). C'est dans le canton d'Uri qu'il y avait de loin le moins d'usagers et usagères (n=38) dans le domaine cible. En 2020, les différences cantonales n'étaient pas aussi prononcées en ce qui concerne le nombre d'usagers et usagères de la médecine résidentielle des addictions que pour les offres psychosociales et sociopédagogique du domaine cible. Mais là aussi, le canton de Bâle-Ville comptait le plus grand nombre d'usagers et usagères, alors que le canton du Valais ne comptait que 57 personnes pour 100 000 habitant·es dans une offre de médecine résidentielle des addictions.

6.2.4 Les caractéristiques de la clientèle du domaine cible et de la médecine résidentielle des addictions

De manière à pouvoir analyser les caractéristiques de la clientèle du domaine cible, les prestataires ont été prié·es de catégoriser les cas en cours à la date de référence selon l'étape de vie, l'identité de genre, le problème principal de dépendance et les comorbidités. Durant les enquêtes, la plausibilité des données était au centre des préoccupations. Afin d'éviter les approximations, les prestataires ont été prié·es de ne fournir des informations que lorsque celles-ci se fondaient sur *des chiffres fiables*. Grâce aux données fournies par l'analyse secondaire de la « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS, 2020)⁸⁵, nous connaissons également les caractéristiques des usagers et usagères de la médecine résidentielle des addictions. Pour le type « Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) », les personnes répondantes ont dû indiquer la répartition des cas d'accompagnement par catégorie et par forme d'accompagnement. Cette répartition de la clientèle est présentée aux sous-chapitres suivants.

Limitations : tous les prestataires n'ont pas saisi les chiffres clés relatifs aux caractéristiques de leur clientèle. Le tableau ci-dessous donne un aperçu des données pour chaque

⁸⁵ L'analyse de la « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS, 2020) a été réalisée par l'OBSAN en 2022.

caractéristique. Le nombre total de prestataires ayant participé à l'inventaire est représenté par « n = » pour chaque type d'offre.

Tableau 18 : données exploitées pour analyser les caractéristiques de la clientèle

	Type 1a ⁸⁶	Type 2a ⁸⁷	Type 3 ⁸⁸	Type 4 ⁸⁹	Type 5 ⁹⁰	Type 6 ⁹¹	Type 7 ⁹²	Type 8 ⁹³
Nombre de prestataires ayant participé à l'inventaire et fourni des données concernant...	n=77	n=37	n=66	n=30	n=33	n=4	n=15	n=5
l'étape de vie	92%	89%	89%	93%	88%	100%	79%	83%
le sexe	86%	95%	89%	93%	88%	100%	100%	83%
le problème principal	82%	86%	56%	67%	48%	100%	43%	67%
l'apparition de comorbidités	19%	70%	64%	53%	39%	50%	36%	67%

La grande majorité des prestataires interrogés dans le domaine cible ont recueilli des données concernant le sexe et l'étape de vie de leur clientèle. Ce n'était pas le cas concernant le problème principal de dépendance et l'apparition d'éventuelles comorbidités. La plupart des prestataires des types d'offres de thérapie ambulatoire et résidentielle des addictions (types 1a et 2a) et des offres d'hébergements (types 3, 4, 6 et 8) ont recueilli des données sur le problème principal de dépendance de leur clientèle. En revanche, moins de la moitié de l'ensemble des prestataires ont recueilli cette information pour les offres d'accompagnement ambulatoire dans les résidences privées et d'hébergement d'urgence. Les prestataires du domaine cible sont celles et ceux qui ont recueilli le moins de données concernant l'occurrence d'éventuelles *comorbidités*. Ce sont avant tout les institutions prestataires d'offres résidentielles (type 2a, type 3, type 8) qui collectent des données concernant l'occurrence de comorbidités. Cela est peut-être dû au fait que les comorbidités et les dépendances secondaires se manifestent souvent que dans le cadre d'une hospitalisation. Cette hypothèse a été confirmée dans certaines entretiens de groupes de discussion (D). Ainsi, les experts et expertes cantonales ont indiqué qu'en règle générale, aucun dépistage systématique des comorbidités et des addictions secondaires n'est réalisé dans le cadre de l'accompagnement ambulatoires en matière d'addictions.

Les données présentent encore d'autres limites : dans de nombreux cantons, les offres de *médecine ambulatoire des addictions* occupent une place centrale dans le système cantonal d'accompagnement en matière d'addictions. Comme l'offre complémentaire de consultations en matière d'addictions financée par la LAMal n'a pas pu être prise en compte dans les chapitres consacrés aux caractéristiques de la clientèle et à l'interdépendance des offres entre les cantons, une grande partie de la clientèle ayant eu recours exclusivement aux offres de la

⁸⁶ Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction.

⁸⁷ Type 2a : Thérapie résidentielle des addictions.

⁸⁸ Type 3 : Hébergement assisté dans une institution.

⁸⁹ Type 4 : Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire.

⁹⁰ Type 5 : Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées.

⁹¹ Type 6 : Organismes de placement familial.

⁹² Type 7 : Hébergements d'urgence.

⁹³ Type 8 : Housing First.

médecine ambulatoire des addictions fait défaut dans ces données. Au moment d'interpréter les données, il est nécessaire de tenir compte du fait que les données issues de la « Statistique médicale des hôpitaux » (*les 12 mois de l'année 2020*) et celles provenant du présent projet (*à la date de référence en 2021*) n'ont pas été recueillies au cours de la même année/période de temps.

Pour chaque type d'offre, le nombre total d'usagers et usagères est indiqué par « *n =* ». Ce montant se réfère au nombre total d'usagers et usagères qui ont pu être pris en compte dans les différentes analyses. Dans les tableaux ci-dessous, l'acronyme « *DM* » (*données manquantes*) désigne la clientèle des services dans lesquels aucune donnée n'a été recueillie concernant la caractéristique donnée.

A) Catégories et formes de consultation dans l'accompagnement et la thérapie ambulatoires des addictions (type 1a)

Les organismes prestataires dans le domaine d'« **Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction (type 1a)** » proposent différentes formes d'accompagnement (des offres individuelles, ou en groupe) à différents groupes cibles (aux personnes elles-mêmes concernées, aux proches, à des tiers). Le tableau ci-dessous montre la répartition par catégorie et par forme d'accompagnement des cas en cours (date de référence : 31 décembre 2021) dans le domaine de l'accompagnement et de la thérapie ambulatoires des addictions.

Sur un total de 77 prestataires du type d'offre « Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction (type 1a) » ayant participé à l'inventaire, 7 n'avaient pas de données concernant la catégorie d'accompagnement et 27 n'en avaient pas non plus concernant la forme d'accompagnement. Au total⁹⁴, dans 441 cas d'accompagnement il était impossible de conclure s'il s'agissait d'une personne elle-même concernée, d'un proche ou d'un tiers, et pour 8273 bénéficiaires, la forme d'accompagnement utilisée était inconnue.

Tableau 19 : les bénéficiaires de l'accompagnement ambulatoire en matière d'addictions et de la thérapie des addictions, par catégorie/forme d'accompagnement

	Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction		Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction
Répartition par catégorie d'accompagnement	n = 19 831	Forme de consultation	n = 11 999
La personne elle-même concernée	80%	Consultation individuelle	67%
Les proches Par ex., la famille, les enfants, le/la partenaire	18%	Consultation en couple ou en famille	10%
Les tierces personnes Par ex. le travail, l'école	1%	Consultation en groupe	3%
		Utilisation de plusieurs formes d'accompagnement	16%
<i>Nombre de bénéficiaires dont les données sont manquantes (DM)</i>	441	<i>DM =</i>	8273

⁹⁴ Cela comprend des usagers et usagères pour lesquelles aucune information n'était disponible, bien que les prestataires aient collecté des données sur cette caractéristique.

Il apparaît clairement que la grande majorité des consultations ont été menées en présence des personnes elles-mêmes concernées. Les consultations par des proches représentaient environ un cinquième de tous les cas d'accompagnement. Seul un pour cent des accompagnements en cours à la date de référence a eu lieu avec des tiers (l'école, l'emploi, etc.). En ce qui concerne la forme de consultation utilisée, il s'est avéré que deux consultations sur trois ont été effectuées sous la forme de consultations individuelles. Souvent (16 %), plusieurs formes de consultation ont également été utilisées et, plus rarement, seules des consultations de couple et de famille (10 %) ou des offres de groupe (3 %) ont eu lieu.

B) L'étape de vie

La clientèle de l'offre dans le domaine cible se trouve à différentes étapes de la vie. Et pourtant, toutes les organisations prestataires n'ont pas recueilli de données concernant l'étape de vie de leur clientèle. Pour cette raison, les données sont d'abord présentées ci-dessous par type d'offre, puis réparties selon les différentes étapes de la vie de la clientèle des types d'offre du domaine cible (à la date de référence du 31 décembre 21) et de la médecine résidentielle des addictions (en 2020)⁹⁵.

Tableau 20 : données exploitées dans l'analyse de la « répartition de la clientèle par étape de vie »

	Type 1a ⁹⁶	Type 2a ⁹⁷	Type 3 ⁹⁸	Type 4 ⁹⁹	Type 5 ¹⁰⁰	Type 6 ¹⁰¹	Type 7 ¹⁰²	Type 8 ¹⁰³
Nombre de prestataires (total)	77	37	66	30	32	4	15	5
Nombre de prestataires sans données sur l'étape de vie	13	3	8	2	4	0	0	0
Nombre de client·es avec données	17 045	600	1406	1027	1243	58	235	135
Nombre de client·es dont les données sont manquantes ¹⁰⁴ , DM =	3227	38	294	29	59	0	0	0

Dans le type d'offre « Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) », les données de 64 des 77 prestataires ont pu être prises en compte dans les analyses. Cela signifie que les données concernant l'âge n'ont pas été recueillies auprès de 3 227 client·es de l'accompagnement ambulatoire, qu'elles étaient inconnues ou encore qu'elles n'ont pas pu être prises en compte dans les analyses en raison de données erronées¹⁰⁵. Des 37 prestataires du type d'offre « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) », 34 ont fourni des données

⁹⁵ Analyse secondaire de la « Statistique médicale des hôpitaux » selon l'OBSAN (2022).

⁹⁶ Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction.

⁹⁷ Type 2a : Thérapie résidentielle des addictions.

⁹⁸ Type 3 : Hébergement assisté dans une institution.

⁹⁹ Type 4 : Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire.

¹⁰⁰ Type 5 : Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées.

¹⁰¹ Type 6 : Organismes de placement familial.

¹⁰² Type 7 : Hébergements d'urgence.

¹⁰³ Type 8 : *Housing First*.

¹⁰⁴ Cela comprend des usagers et usagères pour lesquelles aucune information n'était disponible, bien que les prestataires aient collecté des données concernant cette caractéristique.

¹⁰⁵ C'était le cas, par exemple, lorsque la clientèle ne comprenait pas exclusivement des personnes présentant une addiction.

concernant l'âge de leur clientèle. Le nombre total de client·es pris en compte dans ce type d'offre est de 600. Des institutions proposant le type d'offre « Hébergement assisté dans une institution (type 3) », huit ne disposaient d'aucune donnée sur l'âge et la quasi-totalité des 30 prestataires d'« Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » ont pu mettre fournir des données à ce sujet. C'est également le cas pour les autres offres dans le domaine cible.

la répartition de la clientèle selon l'étape de vie

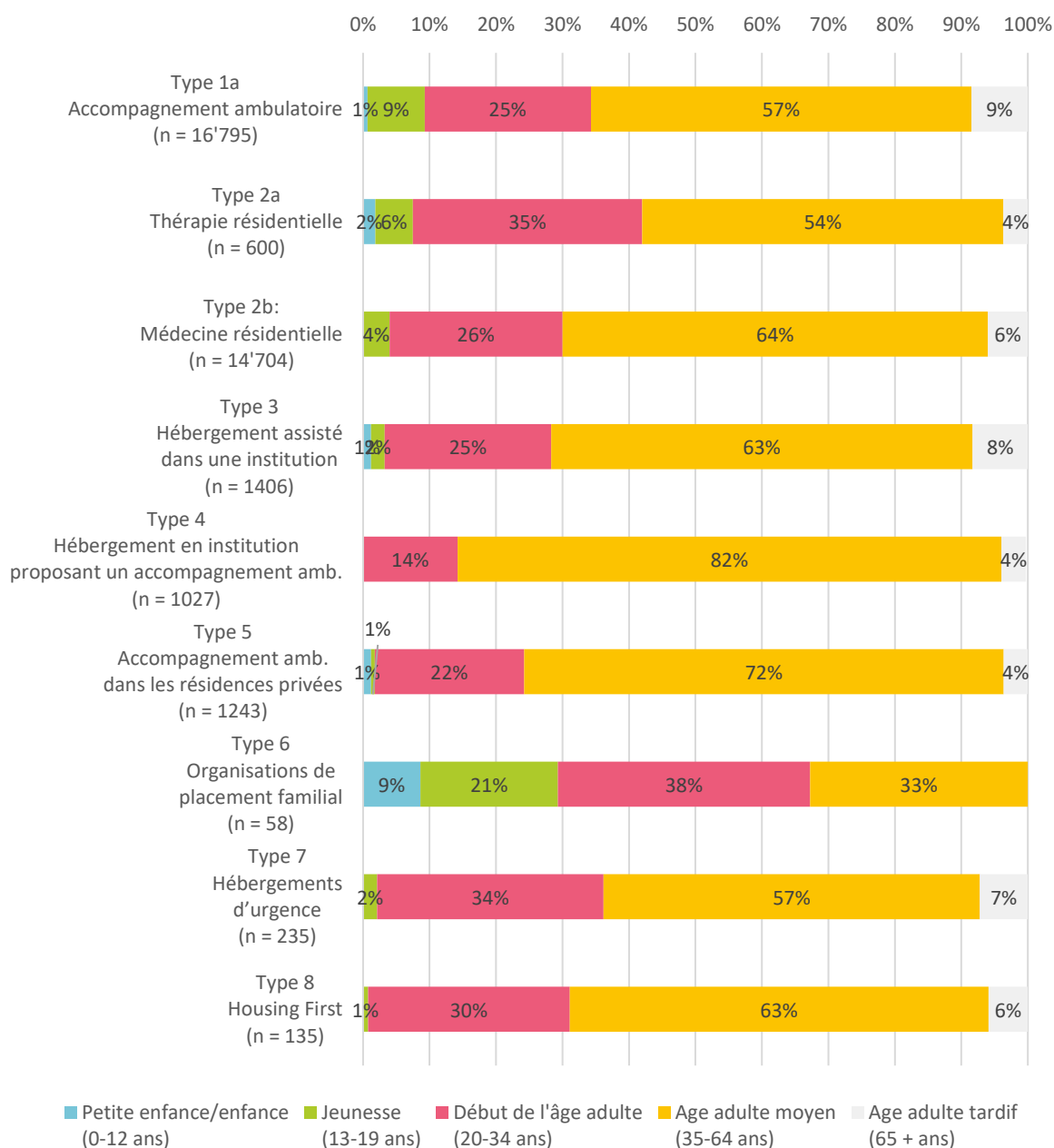


Figure 20 : les bénéficiaires du domaine cible (2021) et de la médecine résidentielle des addictions (2020) par étape de vie

C'est majoritairement une jeune clientèle **d'âge adulte jeune (20–34 ans) et moyen (35–64 ans)** qui a fait appel aux offres du domaine cible. Ce dernier groupe d'âge était le plus souvent représenté dans presque tous les types d'offres du domaine cible (à l'exception des *Organisations de placement familial* et de *la médecine résidentielle des addictions*). Selon le type d'offre, les jeunes adultes représentaient 14 à 38 % de l'ensemble de la clientèle et les personnes d'âge adulte moyen 33 à 82 %.

Les enfants de moins de 12 ans : cette catégorie d'âge faisait exclusivement appel aux offres de « Consultation ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) » (1 %), de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2b) » (2 %), d'« Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » (1 %) et dans les « Organisations de placement familial (type 6) » (9 %). **Les jeunes** (13 à 19 ans) étaient représentés dans tous les types d'offres du domaine cible ainsi que dans la médecine résidentielle des addictions, avec des pourcentages entre 1 et 8 %. Ce n'est que dans les offres dans les « Organisations de placement familial (type 6) » que les jeunes représentaient un cinquième (21 %) de l'ensemble de la clientèle.

À l'instar du groupe d'âge des jeunes, **les personnes à l'âge de la retraite** faisaient moins souvent partie de la clientèle du domaine cible et de la « *Médecine résidentielle des addictions (type 2b)* ». La plus grande proportion de personnes à l'âge de la retraite faisait appel aux types d'offres « Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction (type 1a) » (8 %), « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » (8 %) et « Hébergements d'urgence (type 7) » (7 %). À la date de référence, aucune personne à l'âge de la retraite n'était prise en charge par les offres des « *Organisations de placement familial (type 6)* ».

C) Le sexe

Il a ensuite été demandé aux institutions prestataires d'accompagnement en matière d'addictions dans le domaine cible comment les cas en cours se répartissaient selon le sexe (masculin, féminin) ou l'identité de genre (non binaire) de la clientèle. Les résultats montrent que la saisie des identités de genre n'est pas encore établie dans tous les types d'offres. Comme un très faible nombre total de personnes (< 1 %) présentant une identité de genre non binaire a été recensé, nous avons renoncé à les présenter dans le tableau ci-dessous. Toutefois, certaines organisations prestataires ont indiqué dans le questionnaire B2 qu'elles enregistreraient les identités de genre non binaires à partir de 2023.

Tableau 21 : données exploitées dans l'analyse de la « répartition de la clientèle par sexe »

	Type 1a ¹⁰⁶	Type 2a ¹⁰⁷	Type 3 ¹⁰⁸	Type 4 ¹⁰⁹	Type 5 ¹¹⁰	Type 6 ¹¹¹	Type 7 ¹¹²	Type 8 ¹¹³
Nombre de prestataires (total)	77	37	66	30	32	4	15	5
Nombre de prestataires <i>sans données</i> sur le sexe	7	2	7	2	3	0	0	0
Nombre de client-es avec données	18 509	562	1541	1027	1259	58	259	135
<i>Nombre de client-es sans données</i> ¹¹⁴ DM =	1763	76	214	29	38	0	0	0

¹⁰⁶ Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction.

¹⁰⁷ Type 2a : Thérapie résidentielle des addictions.

¹⁰⁸ Type 3 : Hébergement assisté dans une institution.

¹⁰⁹ Type 4 : Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire.

¹¹⁰ Type 5 : Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées.

¹¹¹ Type 6 : Organismes de placement familial.

¹¹² Type 7 : Hébergements d'urgence.

¹¹³ Type 8 : *Housing First*.

¹¹⁴ Cela comprend des usagers et usagères pour lesquelles aucune information n'était disponible, bien que les prestataires aient collecté des données concernant cette caractéristique.

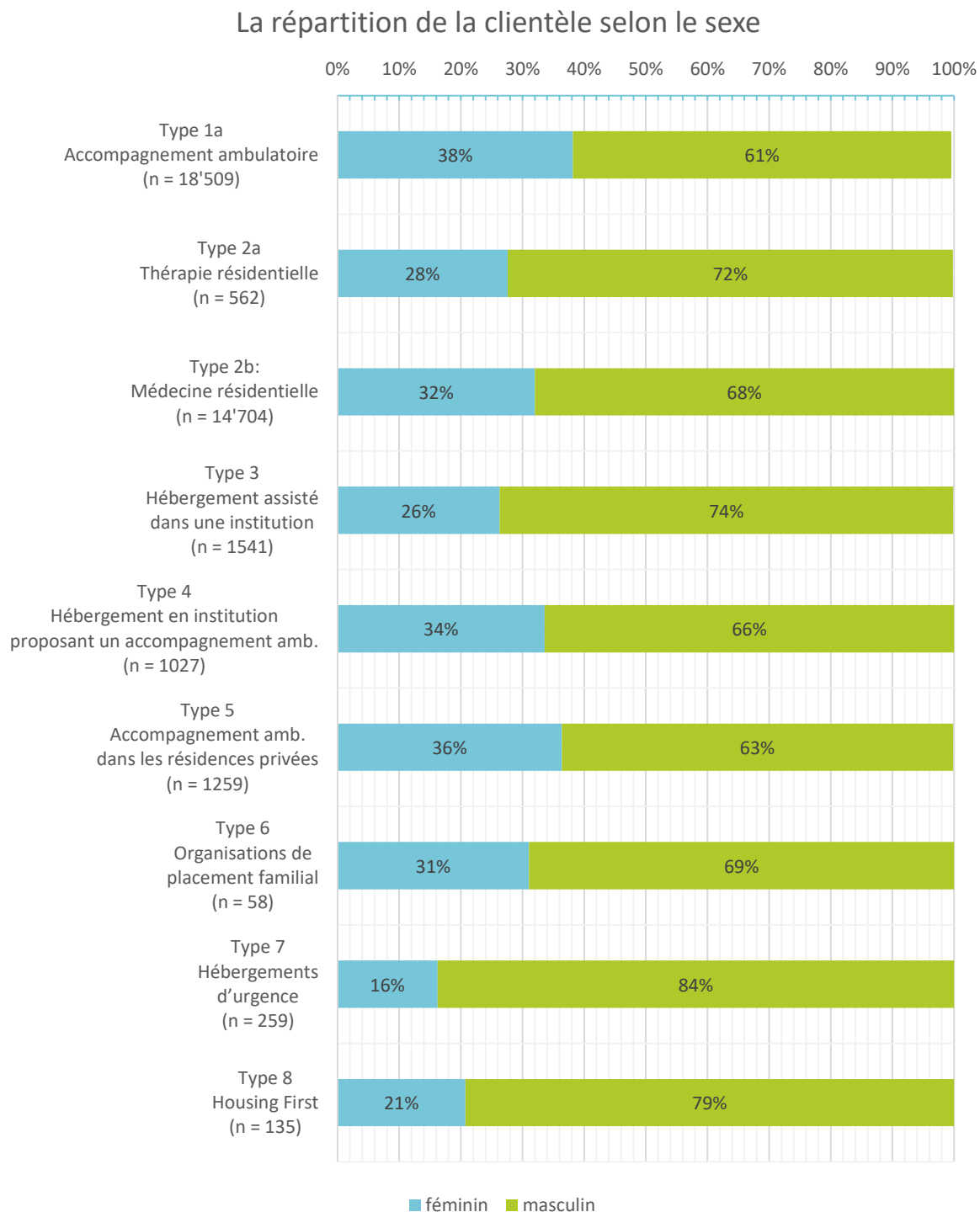


Figure 20 : les bénéficiaires du domaine cible (2021) et de la médecine résidentielle des addictions (2020) par sexe

Le tableau indique le nombre de prestataires qui ne disposent d’aucune information sur le sexe de leur clientèle. Il spécifie en outre le nombre de personnes pour lesquelles aucune donnée n’a été enregistrée concernant leur sexe. Le type d’offre « Accompagnement et thérapie ambulatoires des addictions (type 1a) » est celui qui manque le plus de données à ce sujet.

Comme le montre la figure 9, les hommes étaient nettement plus nombreux que les femmes dans tous les types d'offres du domaine cible et dans la « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) ». Environ deux tiers de la clientèle sont constitués d'hommes. Les proportions d'hommes les plus élevées concernaient les offres « Hébergements d'urgence (type 7) » avec 84 %, le « Housing First (type 8) » avec 79 % et le « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » avec 74 %. À titre de comparaison, les deux types d'offres de « Consultations et thérapie ambulatoires des addictions (type 1a) » et d'« Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » ont enregistré la plus forte proportion de femmes, à savoir 38 % et 36 % respectivement.

Les différences régionales des proportions d'hommes et de femmes dans le domaine cible

Quelques particularités régionales concernant le rapport entre les sexes de la clientèle dans le domaine cible sont présentées ci-après, sachant que tous les cantons ne disposent pas de tous les types d'offres dans le domaine cible et que certains prestataires n'ont saisi aucune donnée¹¹⁵ concernant le sexe de leur clientèle. Pour ce faire, il a fallu analyser les données de 23 347 usagers et usagères ayant eu recours à une offre du domaine cible à la date de référence et dont le sexe était connu. Les données de référence constituent un instantané de l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addiction dans les cantons.

Le rapport entre les sexes décrit précédemment dans les types d'offres du domaine ciblé se reflète également à travers les cantons. Dans tous les cantons, les offres du domaine cible ont été utilisées par nettement plus d'hommes que de femmes. Les cantons de Bâle-Ville (39 %), d'Argovie (42 %) et de Berne (43 %) comptent le plus grand nombre d'usagères dans le domaine cible. Les cantons de Nidwald (74 %), du Valais (74 %) et de Fribourg (78 %) affichaient la proportion d'hommes la plus élevée de la clientèle dans le domaine cible.

D) Le problème principal

Certes, il est souvent difficile de déterminer la substance ou le comportement au cœur du problème. Et lorsque cette information est connue, elle ne parvient pas à refléter correctement la réalité dans la plupart des cas. Néanmoins, les institutions prestataires du domaine cible ont dû indiquer dans le questionnaire quel était le principal problème de dépendance de leur clientèle. D'autres systèmes de monitoring nationaux et internationaux¹¹⁶ présentent eux aussi la répartition de leurs résultats en fonction du problème principal. Dans les cas de polyconsommation, on essaie en principe toujours d'identifier la substance ou le comportement le plus problématique d'un point de vue subjectif. Toutefois, les institutions prestataires avaient la possibilité de préciser, à titre d'information supplémentaire, s'il s'agissait de troubles liés à la consommation de substances multiples. Le tableau suivant présente d'une part, la répartition des usagers et usagères selon leur problème principal d'addiction, par type d'offre de services dans le domaine cible. D'autre part, il indique la répartition de la clientèle de la médecine résidentielle des addictions au cours de l'année 2020. Dans un deuxième temps, les particularités régionales des accompagnements dans le domaine cible sont décrites en fonction du problème principal.

¹¹⁵ Aucune donnée sur le sexe des usagers et usagères n'était disponible pour le canton d'Uri.

¹¹⁶ Exemples : « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS), suchthilfestatistik.de (Allemagne) ; www.datafiles.samhsa.gov/study-series/treatmentepisode-data-set-admissions-teds-nid13518 (USA)

Tableau 22 : les données exploitées dans l'analyse de la « répartition de la clientèle par problème principal »

	Type 1a ¹¹⁷	Type 2a ¹¹⁸	Type 3 ¹¹⁹	Type 4 ¹²⁰	Type 5 ¹²¹	Type 6 ¹²²	Type 7 ¹²³	Type 8 ¹²⁴
Nombre de prestataires (total)	77	37	66	30	32	4	15	5
Nombre de prestataires sans données concernant le problème principal	14	4	29	10	15	0	9	1
Nombre de client-es avec données	17 045	510	641	385	614	57	59	95
Nombre de client-es sans données ¹²⁵ , DM =	3227	128	981	698	775	1	203	40

Le tableau présente le nombre de prestataires qui ne disposent d'aucune donnée concernant le problème principal de leur clientèle. Il indique également le nombre de client-es dont le problème principal n'a pas été enregistré. Comme on pouvait s'y attendre, la base de données est moins renseignée concernant le problème principal que concernant l'âge et le sexe. Dans le cas de l'« hébergement en institution », et de l'« hébergement dans les résidences privées proposant un accompagnement » et des « hébergements d'urgence », le nombre de client-es sans données concernant le problème principal est même supérieur au nombre de clientes et clients pour lesquels ces données ont été enregistrées.

¹¹⁷ Type 1a : Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addiction.

¹¹⁸ Type 2a : Thérapie résidentielle des addictions.

¹¹⁹ Type 3 : Hébergement assisté dans une institution.

¹²⁰ Type 4 : Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire.

¹²¹ Type 5 : Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées.

¹²² Type 6 : Organismes de placement familial.

¹²³ Type 7 : Hébergement d'urgence.

¹²⁴ Type 8 : Housing First.

¹²⁵ Cela comprend une clientèle pour laquelle aucune information n'était disponible, bien que les prestataires aient collecté des données concernant cette caractéristique.

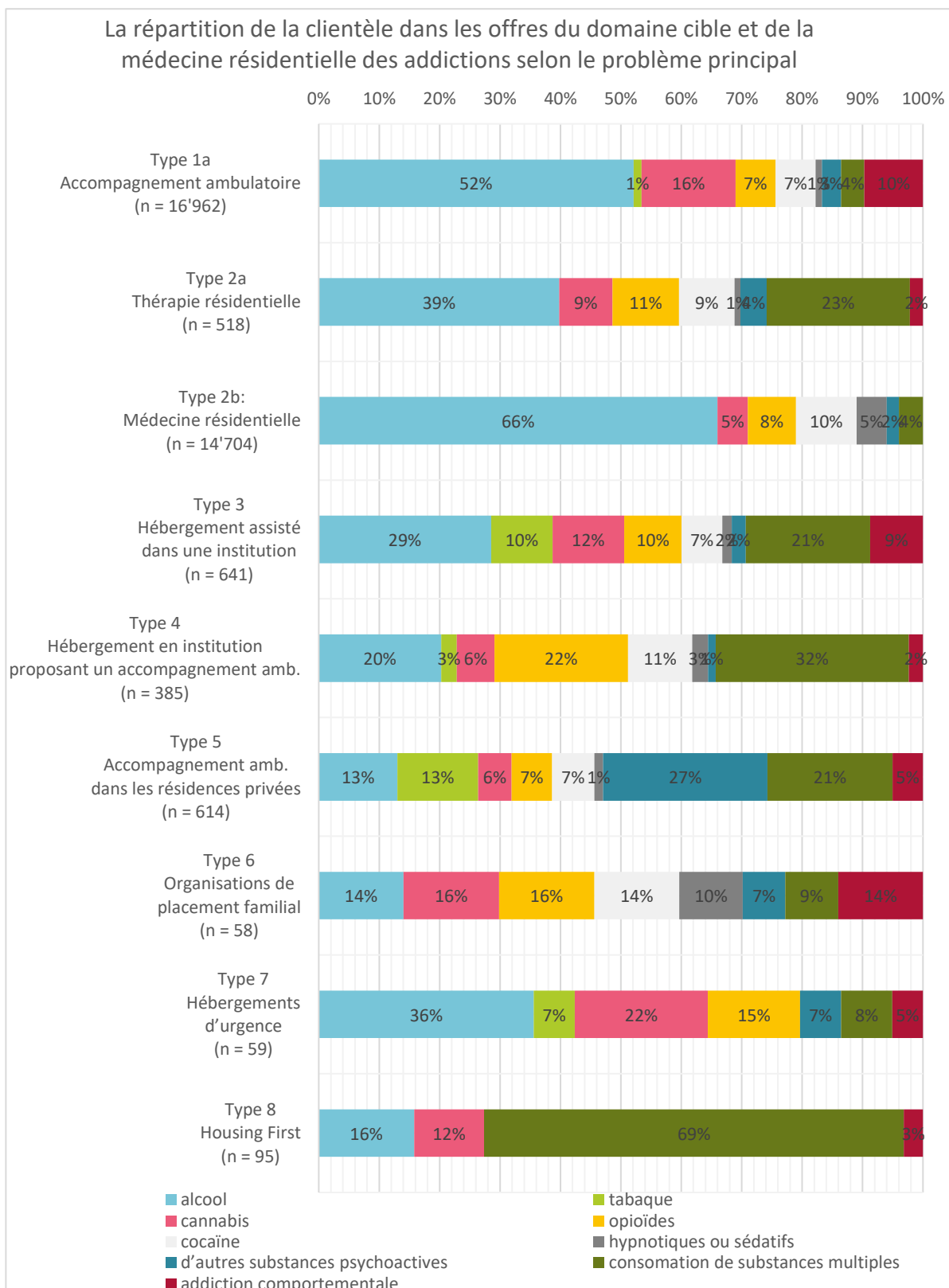


Figure 22 : les usagers et usagères du domaine cible (31 décembre 2021) et de la médecine résidentielle des addictions (année 2020) par problème principal

Dans les établissements d'« Accompagnement ambulatoire et thérapie en matière d'addictions

(type 1a) », la proportion de personnes dont le problème principal était la consommation d'alcool était la plus élevée (52%). La consommation de cannabinoïdes, quant à elle, constituait le problème principal de 16% de la clientèle. Quelques bénéficiaires de l'accompagnement ambulatoire en matière d'addictions avaient pour problème principal la consommation d'autres substances, par exemple la cocaïne (7%), les opioïdes (7%), la consommation de substances multiples (4%), les hypnotiques/sédatifs¹²⁶ (1%), et les autres substances psychoactives¹²⁷ (3%). Par ailleurs, certaines personnes se sont tournées vers l'*accompagnement ambulatoire en matière d'addiction*¹²⁸ (10%) en raison d'une addiction comportementale.

Pour la majorité de la clientèle de la « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) », le problème principal était également la consommation d'alcool (40%) et pour environ un quart (24%) de l'ensemble de la clientèle, le problème principal était la consommation de substances multiples. La consommation d'opioïdes (11%), de cocaïne (9%) ou de cannabis (9%) représentait le problème principal pour environ une personne sur dix dans l'offre de thérapie résidentielle des addictions. La consommation problématique d'hypnotiques ou de sédatifs a été la principale raison du recours à une « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » pour 1% de la clientèle ; la consommation d'autres substances psychoactives constituait le problème principal de 4 % de la clientèle, et une addiction comportementale pour quelques personnes (2%).

Les analyses effectuées par l'OBSAN concernant les établissements de médecine des addictions de la Statistique médicale des hôpitaux révèlent qu'une vaste majorité (66 %) de la clientèle en 2020 avait pour problème principal la consommation d'alcool. La consommation d'opioïdes représentait le principal problème pour 8% de la clientèle de la « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) » ; la consommation de cocaïne pour 10 %, la consommation de cannabis pour 5%, la consommation d'hypnotiques/sédatifs pour 5%, la consommation de substances multiples pour 4%, et la consommation d'autres substances psychoactives pour 2% de cette même clientèle. Moins de 1% de l'ensemble de la clientèle a fait appel à la médecine résidentielle des addictions en raison de jeu pathologique.

Dans les institutions d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) », qui disposaient de données sur le problème principal, il est apparu que la plupart des cas présentaient un problème principal lié à l'alcool (29%) ou à la consommation de substances multiples (21%). Le problème principal était la consommation de cannabis pour 12 % des usagers et usagères, la consommation d'opioïdes pour 10% et de tabac pour 10%. La consommation de cocaïne était légèrement moins fréquemment rapportée comme le problème principal (7%). Dans certains cas isolés, le problème principal était la consommation d'autres substances psychoactives (2%) ou la consommation problématique d'hypnotiques ou de sédatifs (2%). Certain·es client·es (9%) de ce type d'offre étaient principalement concerné·es par des addictions comportementales.

La clientèle de la majorité des prestataires d'« Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » avait pour problème principal la consommation de substances multiples (32%). Les personnes ayant un problème principal lié à la consommation d'opioïdes (22%) et d'alcool (20%) faisaient aussi souvent partie de la clientèle de ce type d'offre. Pour certains client·es, le problème principal était la consommation d'autres

¹²⁶ Par ex. les benzodiazépines, le GHB, le GBL et autres somnifères et sédatifs.

¹²⁷ Notamment les autres stimulants, dont les (méth)amphétamines, les hallucinogènes, le MDMA, et les substances volatiles.

¹²⁸ Dont le jeu pathologique, l'utilisation problématique des médias numériques et la dépendance aux jeux vidéo.

substances (la cocaïne (11%), le cannabis (6%), les hypnotiques/sédatifs¹²⁹ (3%), autres les substances psychoactives¹³⁰ (2%)). Par ailleurs, certaines personnes ont fait appel à des offres d'hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire principalement en raison d'une addiction comportementale¹³¹ (2%).

Près de la moitié (46 %) des usagers et usagères du type d'offre d'« Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » était concernée en premier lieu par des troubles liés à la consommation de substances multiples. Pour certain·es bénéficiaires de cette offre, la consommation d'alcool (13%), de tabac (13%), d'opioïdes (7%), de cocaïne (7%) ou de cannabis (6%) constituait le problème principal, tandis que pour certaines autres personnes, le problème principal était la consommation problématique d'hypnotiques / de sédatifs (1 %) ou une addiction comportementale (5%).

Dans le type d'offre « Organismes de placement familial (type 6) » – une offre rare dans le domaine cible – la consommation d'alcool n'a pas été identifiée comme problème principal chez la clientèle. Dans ce type d'offre, « seuls » 14% de la clientèle avaient pour principal problème la consommation d'alcool. La consommation de cocaïne ou les addictions comportementales étaient des problèmes principaux tout aussi fréquents. La clientèle de ce type d'offre était un peu plus nombreuse à consommer principalement du cannabis ou des opioïdes (16% dans les deux cas). D'autres usagers et usagères de ce type d'offre avaient pour problème principal la consommation problématique d'hypnotiques ou de sédatifs (11 %), ou la consommation d'autres substances psychoactives (7%), ou étaient concerné·es par des troubles liés à une consommation de substances multiples (9%).

Parmi les prestataires qui ont recueilli des données sur le problème principal de la clientèle du type d'offre « Hébergements d'urgence (type 7) », la consommation d'alcool (36 %) et de cannabis (22%) était le plus souvent citée comme le problème principal. Pour certains client·es, le problème principal était la consommation d'opioïdes (15%), de tabac (7%), d'autres substances psychoactives (7%) ou la consommation de substances multiples (8%). Par ailleurs, 5% de la clientèle présentait un problème principal lié à une addiction comportementale.

Deux tiers (69%) de la clientèle des offres de type « Housing First (type 8) » avaient pour problème principal des troubles liés à la consommation de substances multiples. Chez une partie de la clientèle de ce type d'offre, le problème principal était la consommation d'alcool (16%) et de cannabis (12%) et peu de personnes étaient concernées principalement par une addiction comportementale (3%).

Les différences régionales : les accompagnements dans le domaine cible, selon le problème principal

Selon le type d'offre dans le domaine cible, les usagers et usagères présentaient des problèmes principaux différents. Quelques particularités régionales concernant le rapport entre les sexes de la clientèle dans le domaine cible sont présentées ci-après, sachant que tous les cantons ne disposent pas de tous les types d'offres dans le domaine cible et qu'un grand nombre de prestataires n'a saisi aucune donnée concernant le problème principal de leur clientèle. Pour ce faire, il a fallu analyser les données de 19 305 usagers et usagères ayant eu recours à une

¹²⁹ Par ex. les benzodiazépines, le GHB, le GBL et autres somnifères et sédatifs.

¹³⁰ Notamment les autres stimulants, dont les (méth)amphétamines, les hallucinogènes, le MDMA, et les substances volatiles.

¹³¹ Dont le jeu pathologique, l'utilisation problématique des médias numériques et la dépendance aux jeux vidéo.

offre du domaine cible à la date de référence et dont le problème principal était connu. Les données datant de la date de référence constituent un instantané de l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addiction dans les cantons. Il est donc **impossible de tirer des conclusions sur la prévalence effective du problème principal dans la population cantonale**. Une proportion élevée d'utilisateurs et utilisatrices ayant un problème principal donné dans un canton peut être liée entre autres au fait que le canton dispose d'une offre spécialisée dans ce problème principal. Les données suivantes doivent donc donner une idée des problèmes d'addiction dont s'occupent les prestataires du domaine cible dans les différents cantons.

Tous types d'offres confondus, la *consommation d'alcool* est apparue comme le problème principal le plus important pour un très grand nombre d'utilisateurs et utilisatrices. Dans les cantons de Vaud (68 %), d'Uri (65 %) et de Schaffhouse (64 %) en particulier, il est apparu qu'environ deux tiers des utilisateurs et utilisatrices ont eu recours aux offres du domaine cible en premier lieu en raison de leur problème d'alcool. Par contraste, dans les cantons de Bâle-Campagne (19 %), Fribourg (26 %) et des Grisons (28 %), entre un quart et un cinquième des utilisateurs et utilisatrices du domaine cible de ces cantons avaient l'alcool pour problème principal.

De manière générale, la proportion d'utilisateurs et utilisatrices ayant recours à l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addiction principalement en raison de leur *consommation de tabac* était faible. Dans onze cantons, aucune clientèle ayant le tabac pour problème principal n'a été identifiée dans le domaine cible. Lorsque le tabac a été identifié comme problème principal, c'est surtout dans les offres ambulatoires (type 1a, type 5). En raison du grand nombre d'utilisateurs et utilisatrices de l'accompagnement ambulatoire en matière d'addictions (type 1a) ou de l'accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) dont le problème principal est le tabac, les cantons de Zoug (10 %), d'Argovie (11 %) et de Bâle-Campagne (23 %) présentaient une proportion comparativement élevée de consommateurs et consommatrices primaires de tabac dans le domaine cible. Ces différences relativement importantes entre les cantons pourraient être liées au fait que la consommation de tabac est perçue par certains cantons ou par certains prestataires comme un problème nécessitant un traitement. Dans le canton de Bâle-Campagne, par exemple, il existe des mandats de prestations explicitement destinés à traiter l'addiction à la nicotine.

À l'instar de l'alcool, le *cannabis* est apparu comme étant le problème principal dans tous les types d'offres du domaine cible. Les personnes dont le problème principal est le cannabis comptaient également parmi la clientèle du domaine cible dans tous les cantons. En comparaison cantonale, la part de ces personnes était en moyenne de 12 % des utilisateurs et utilisatrices du domaine cible. Il n'y a que dans le canton de Lucerne que les personnes ayant pour problème principal la consommation de cannabis ne représentaient que 1 % de la clientèle. Cela s'explique par le fait que dans le canton de Lucerne, la médecine ambulatoire des addictions (type 1b) est chargée de conseiller et de traiter les personnes dont le problème principal est lié aux substances illégales. Une proportion particulièrement élevée de personnes ayant le cannabis comme problème principal a été constatée dans les cantons d'Argovie (20 %), de Berne (23 %) et de Bâle-Ville (24 %).

À l'exception du canton d'Uri, tous les cantons comptaient aussi, à la date de référence, des utilisateurs et utilisatrices dans le domaine cible dont le problème principal était *les opioïdes ou la cocaïne*. En comparaison cantonale, les personnes ayant un problème principal lié aux opioïdes ou à la cocaïne représentaient en moyenne 10 % et 6 % de toutes les personnes

accompagnées dans le domaine cible. Les personnes dont le problème principal est la consommation d'opioïdes font souvent appel à l'offre d'accompagnement ambulatoire des addictions (type 1a) dans le cadre du traitement de substitution. En raison du nombre élevé d'utilisateurs et utilisatrices ayant les opioïdes comme problème principal dans le cadre de l'accompagnement ambulatoire en matière d'addiction, les cantons d'Obwald (39 %), de Neuchâtel (34 %) et de Lucerne (27 %) présentaient une proportion comparativement élevée de consommateurs et consommatrices d'opioïdes dans le domaine cible. Bien que des thérapies de substitution soient également proposées dans le canton des Grisons, les opioïdes n'y ont été identifiés comme problème principal que pour 1 % des utilisateurs et utilisatrices du domaine cible. En comparaison cantonale, les cantons de Fribourg (1 %), Lucerne (1 %) et des Grisons (1 %) ont également la plus faible proportion d'utilisateurs et utilisatrices dans le domaine cible dont le problème principal est la cocaïne. À l'inverse, les cantons de Saint-Gall (12 %), Bâle-Ville (15 %) et Zoug (17 %) comptent le plus grand nombre d'utilisateurs et utilisatrices dans le domaine cible ayant la cocaïne comme problème principal.

Comme déjà montré dans les analyses précédentes, on constate ici à nouveau la faible proportion générale d'utilisateurs et utilisatrices dans le domaine cible ayant eu recours à l'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions principalement en raison de leur consommation d'autres stimulants (0 proportion dans les cantons : 3 %), d'autres substances psychoactives (0 1 %) ou en raison d'une consommation problématique de somnifères et de tranquillisants (0 2 %). En raison de la proportion élevée d'utilisateurs et utilisatrices ayant pour problème principal la prise d'hypnotiques / sédatifs dans le cadre de l'accompagnement ambulatoire des addictions, les trois cantons de Suisse centrale Uri (5 %), Schwyz (7 %) et Nidwald (14 %) ont enregistré un nombre supérieur à la moyenne de personnes ayant ce problème principal. Les utilisateurs et utilisatrices de l'accompagnement ambulatoire en matière d'addictions dans le canton du Jura étaient à nouveau à l'origine de la proportion de loin la plus élevée d'utilisateurs et utilisatrices (21 %) qui suivaient un traitement psychosocial et sociopédagogique principalement en raison de la consommation d'autres stimulants (p. ex. amphétamines).

Alors que quatre cantons n'ont indiqué aucun utilisateur ou utilisatrice souffrant de troubles liés à une consommation de substances multiples, ces personnes représentaient plus de la moitié de tous les utilisateurs et utilisatrices¹³² dans le domaine cible dans les cantons des Grisons (54 %) et de Fribourg (56 %). En comparaison cantonale, la proportion de personnes concernées par des troubles liés à une consommation de substances multiples est en moyenne de 10 % de tous les utilisateurs et utilisatrices du secteur cible. Dans les cantons de Vaud (16 %), Soleure (16 %) et Bâle-Campagne (19 %), une grande partie des utilisateurs et utilisatrices dans le domaine cible présentait également ce problème principal.

Dans tous les cantons – à l'exception de Vaud et du Jura – des utilisateurs et utilisatrices du domaine cible présentaient des addictions comportementales¹³³. Alors que les personnes concernées en premier lieu par des addictions comportementales représentaient en moyenne 8 % de la clientèle du domaine cible, une proportion supérieure à la moyenne de ces personnes était observée dans les cantons de Berne (12 %), Lucerne (13 %), Uri (12 %) et Valais (19 %).

¹³² Se réfère au nombre total de tous les utilisateurs et utilisatrices dans le domaine cible pour lesquels un problème principal était connu.

¹³³ Pour cette affirmation, les résultats des catégories « Addiction aux jeux de hasard », « Jeux vidéo et utilisation problématique d'Internet » et « Autres addictions comportementales » ont été regroupés.

E) Les comorbidités

À l'initiative de comité consultatif II de ce projet, les prestataires du domaine cible ont en outre été invité·es à indiquer si leurs client·es présentaient, en plus de leur addiction, des comorbidités psychiques ou somatiques.

Tableau 23 : les données exploitées dans l'analyse de la « répartition de la clientèle par comorbidité »

	Type 1a ¹³⁴	Type 2a ¹³⁵	Type 3 ¹³⁶	Type 4 ¹³⁷	Type 5 ¹³⁸	Type 6 ¹³⁹	Type 7 ¹⁴⁰	Type 8 ¹⁴¹
Nombre de prestataires (total)	77	37	66	30	32	4	15	6
Nombre de prestataires sans données sur les comorbidités	62	10	24	14	18	2	10	2
Nombre de client·es avec données	2 400	408	930	440	626	25	32	101
Nombre client·es sans données ¹⁴² , DM =	17 656	232	825	616	752	33	227	34

Il ressort du tableau que les données relatives aux comorbidités peuvent être qualifiées de limitées. Dans cinq des huit types d'offres du domaine cible, le nombre de client·es sans données est parfois nettement plus élevé que le nombre de client·es « avec » des données à ce sujet. C'est dans les domaines de la thérapie résidentielle des addictions, de l'hébergement assisté dans une institution et de Housing First que les données sont les mieux renseignées. Dans ces offres, la part de la clientèle présentant des comorbidités est plus élevée que le nombre de bénéficiaires sans données à ce sujet.

¹³⁴ Type 1a : Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction.

¹³⁵ Type 2a : Thérapie résidentielle des addictions.

¹³⁶ Type 3 : Hébergement assisté dans une institution.

¹³⁷ Type 4 : Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire.

¹³⁸ Type 5 : Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées.

¹³⁹ Type 6 : Organismes de placement familial.

¹⁴⁰ Type 7 : Hébergements d'urgence.

¹⁴¹ Type 8 : Housing First

¹⁴² Cela comprend une clientèle pour laquelle aucune information n'était disponible, bien que les prestataires aient collecté des données concernant cette caractéristique.

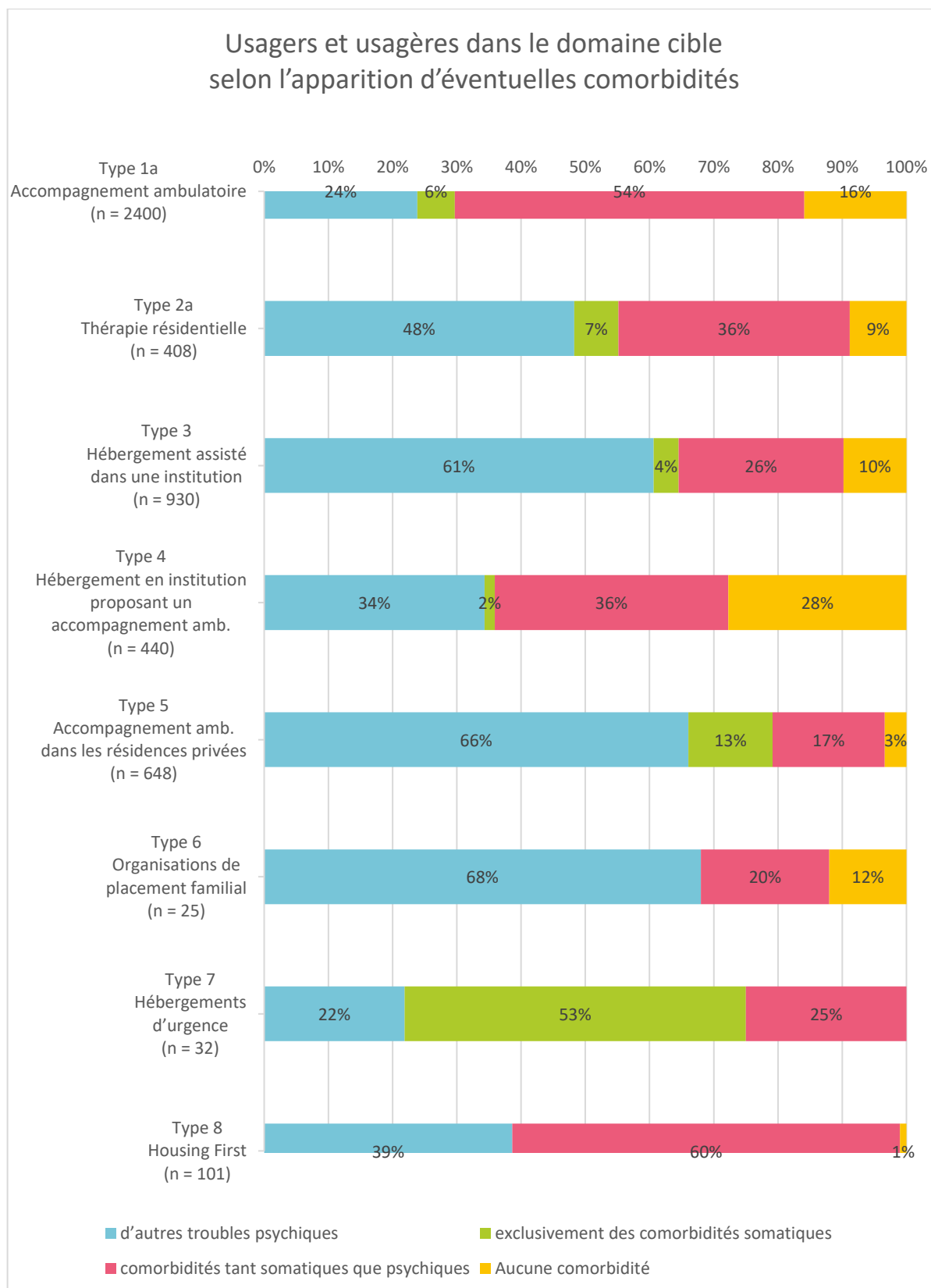


Figure 21 : usagers et usagères dans le domaine cible selon l'apparition d'éventuelles comorbidités (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)

Tous types d'offres confondus, il est apparu que les personnes présentant une addiction étaient souvent concernées par des comorbidités psychiques, ou à la fois psychiques et somatiques. Dans les offres de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » (48 %), d'« Hébergement assisté dans une institution (type 3) » (61 %), d'« Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » (66 %) ainsi que dans les « Organisations de placement familial (type 6) » (68 %), la majorité de la clientèle était atteinte d'**autres troubles psychiques** en plus de leur addiction.

Les **comorbidités tant somatiques que psychiques** touchaient environ un tiers (36 %) de la clientèle des offres de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et d'« Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) ». C'était également le cas de la majorité de la clientèle des offres d'« Accompagnement ambulatoire en matière d'addictions (type 1a) » (54 %) et des offres de « Housing First (type 8) » (60 %). Seul le type d'offre « Hébergement d'urgence (type 7) » comprenait une proportion élevée (53 %) de client·es présentant **exclusivement des comorbidités somatiques**.

Conclusion intermédiaire : caractéristiques de la clientèle dans le domaine cible

Les résultats des analyses des caractéristiques des usagers et usagères dans le domaine cible (31 décembre 2021) et dans le domaine de la médecine résidentielle des addictions (année, 2020) montrent que les types d'offres étudiés étaient majoritairement utilisés par des hommes d'âge adulte jeune (20 à 34 ans) et moyen (35 à 64 ans), dont le problème principal est l'alcool ou la consommation de substances multiples. Selon le type d'offre, la consommation de tabac, de cannabis, d'opioïdes ou de cocaïne était également souvent identifiée comme le problème principal des usagers et usagères, tandis que la consommation d'autres stimulants ou substances psychoactives, la consommation problématique de somnifères et de tranquillisants ou les addictions comportementales ne représentaient le problème principal que pour une faible proportion d'usagers et usagères. Compte tenu des données lacunaires sur l'apparition d'éventuelles comorbidités chez les usagers et usagères du domaine cible, aucune conclusion solide ne peut être tirée. Concernant les offres disposant de données sur d'éventuelles comorbidités, des indices montrent, tous types d'offres confondus, que les personnes présentant une addiction sont souvent touchées par des comorbidités psychiques ou à la fois psychiques et somatiques. Des experts et expertes cantonales ont confirmé ces indications lors des entretiens avec les groupes de discussion, car leurs observations ces dernières années confirment un nombre croissant de cas présentant des comorbidités et des addictions multiples (*section 8.3*).

6.2.5 L'analyse des instances référentes et des offres de liaison dans la thérapie résidentielle des addictions et dans la médecine des addictions

Pour mieux connaître l'interdépendance des cantons au regard de leurs offres respectives dans le domaine cible, les prestataires ont dû indiquer les cinq institutions référentes qui leur adressent des patient·e·s le plus souvent et les cinq offres de liaison les plus fréquentes dans leur offre. L'analyse secondaire réalisée par l'OBSAN a en outre mis en évidence les instances référentes et l'accompagnement choisi à la suite du séjour hospitalier de la clientèle au cours de l'année 2020. Ainsi, l'enchevêtrement de l'offre sur plusieurs cantons dans le domaine cible a pu être présentée dans chaque rapport cantonal. Le rapport final, quant à lui, a mis en

évidence l'interdépendance des cantons au regard de leurs offres respectives dans les types d'offres de « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » et de « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) ».

Les prestataires ont été priés de choisir ou de compléter les cinq instances référentes ou offres de liaison les plus fréquentes parmi des catégories prédéfinies, et de les classer par ordre d'importance (1 = instance référente la plus fréquente à leur offre ; 5 = cinquième instance référente la plus fréquente à leur offre). Le tableau ci-dessous montre toutes les instances référentes ou offres de liaison auxquelles les institutions interrogées ont attribué la note 1 ou 2. Le nombre total de prestataires qui comptaient une catégorie dans les deux instances les plus fréquentes est représenté par $n =$ dans le tableau.

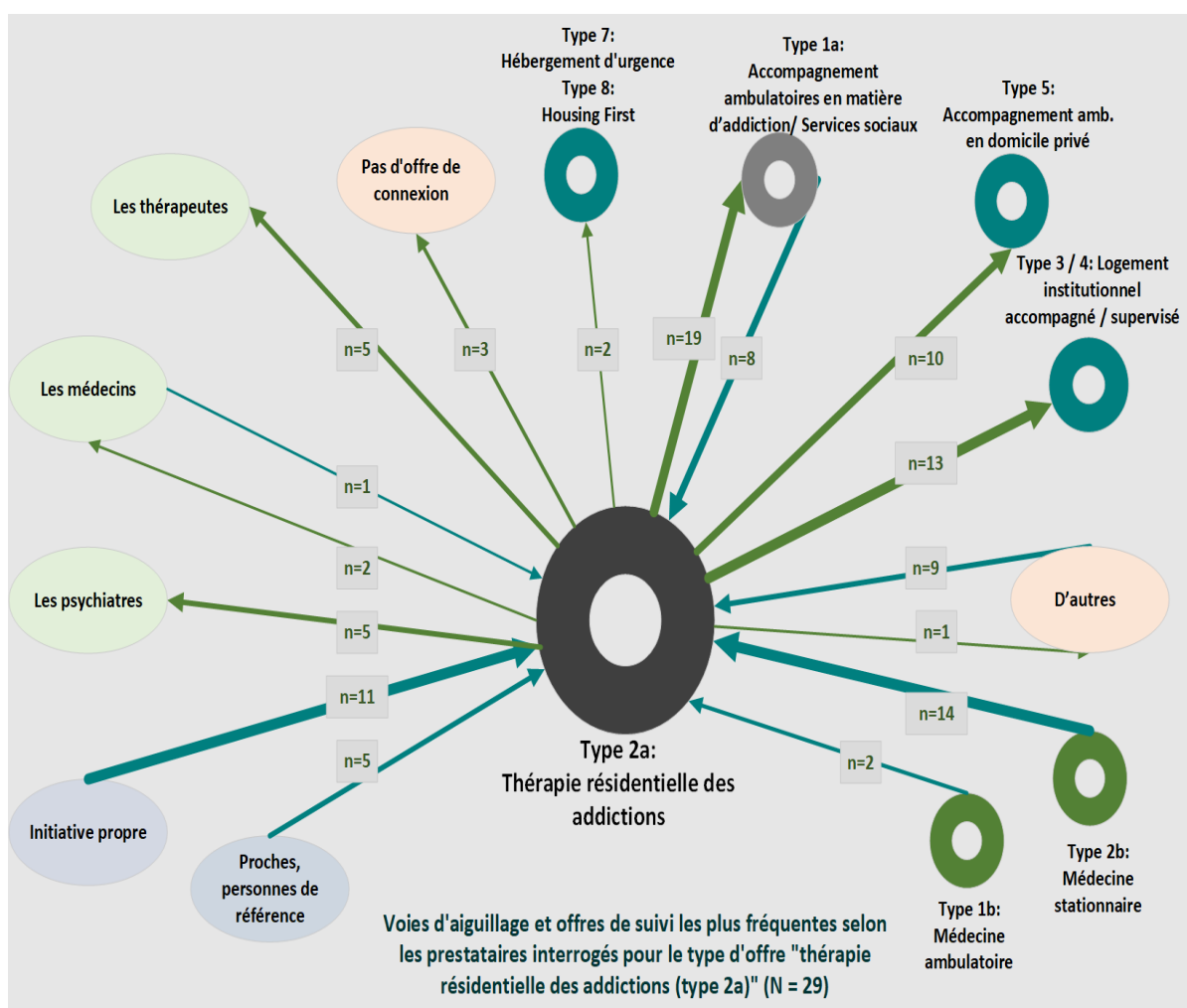


Figure 22 : offres de liaison et trajectoires d'orientation des usagers et usagères de la thérapie résidentielle des addictions (type 2a) selon l'évaluation réalisée par les prestataires du domaine cible (base de données : questionnaire B2, cf. [Tableau 3](#))

Selon les estimations des prestataires de thérapies résidentielles des addictions interrogés, les usagers et usagères leur sont adressés en premier lieu par des offres de médecine résidentielle des addictions ($n = 14$). Presque autant d'établissements ($n = 11$) ont indiqué que leurs usagers et usagères recouraient le plus souvent à une thérapie résidentielle de leur propre initiative. Parmi les deux personnes les plus fréquemment adressées, certains prestataires

comptent, outre les prestataires de la prise en charge ambulatoire des addictions (n = 8), également des proches et des personnes de référence (n = 5) et diverses autorités ou assurances (n = 9) ainsi que d'autres offres médicales (n = 3).

La majorité des établissements interrogés ont indiqué qu'après le traitement résidentiel des addictions, leurs usagers recouraient le plus souvent à des offres de consultation ambulatoire en matière des addictions (n = 19), à des offres de logement institutionnel (n = 13) ou à des offres d'accompagnement ambulatoire dans des appartements privés (n = 10). Mais les offres de logement à bas seuil, comme les hébergements d'urgence et le Housing First, ont également été comptées de manière isolée parmi les deux instances référentes les plus fréquentes (n = 2). Selon ce que les prestataires ont indiqué, les usagers et usagères d'une structure sur quatre recourent ensuite le plus souvent à des offres d'accompagnement ambulatoire en matière d'addictions ou s'adressent à des professionnel·les des secteurs médicaux (n = 7) ou thérapeutiques (n = 5). Certains établissements ont également indiqué que leurs usagers et usagères ne bénéficiaient le plus souvent d'aucune offre de liaison par la suite (n = 3).

La « Statistique médicale des hôpitaux » comprend des catégories similaires¹⁴³ d'instances référentes et de traitements ou de séjours choisis à l'issue d'un séjour résidentiel en psychiatrie. Cela permet de comparer l'enchevêtrement des offres des deux types de thérapies résidentielles (financées ou non par la LAMal). Il convient toutefois de noter que la présentation suivante ne se base pas sur les estimations des institutions, mais sur les chiffres absolus concernant les transferts et l'orientation de la patientèle¹⁴⁴ en 2020.

¹⁴³ Certaines possibilités de réponse ont été regroupées dans les calculs : par ex. l'accompagnement ambulatoire dans sa propre institution & dans un autre service de psychiatrie ; la médecine des addictions ambulatoire et semi-résidentielle.

¹⁴⁴ Les patients et patientes pour lesquelles l'instance référent ou l'offre de liaison étaient inconnus n'ont pas été pris en compte dans les analyses.

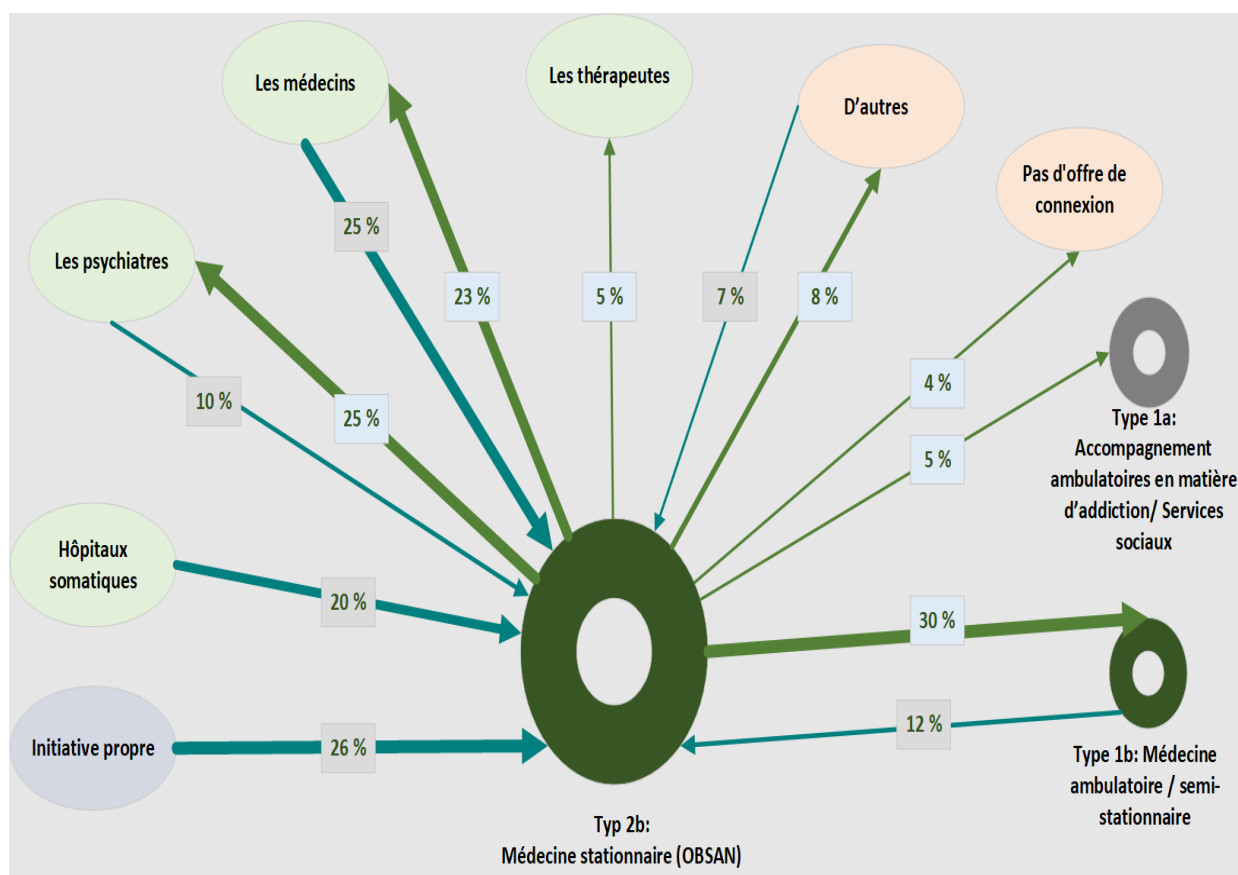


Figure 23 : trajectoires d'orientation et d'offre de liaison les plus fréquentes des usagers et usagères de la médecine résidentielle des addictions (type 2b). D'après l'analyse secondaire de la Statistique médicale des hôpitaux (OFS, 2021) réalisée par l'OBSAN (2022).

Malgré l'existence de catégories similaires dans la « Statistique médicale des hôpitaux », il est apparu qu'une personne sur quatre ayant effectué un séjour résidentiel en psychiatrie en 2020 pour traiter son addiction l'a fait de sa propre initiative. Hormis une faible proportion de personnes référées par les autorités, l'armée, les assurances ou les services de secours (7 % au total), les patients et patientes ont été adressés en médecine résidentielle des addictions exclusivement par des professionnel·les de la santé (67 %).

La majorité de la patientèle de la médecine résidentielle des addictions en 2020 a ensuite le plus souvent eu recours à des offres médicales ambulatoires ou semi-résidentielles (30 %), ou ont poursuivi leur accompagnement auprès de professionnel·les de la santé (psychiatres = 25 % ; médecins = 23 %). Peu d'usagers et usagères de ces offres ont ensuite eu recours à des offres non médicales, comme l'accompagnement ambulatoire en matière d'addiction ou l'accompagnement par des services sociaux ou des thérapeutes non médicaux (5 % respectivement). Pour une proportion semblable d'usagers et usagères, aucune offre de liaison n'a été faite à la suite de leur séjour résidentiel¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Dans la « Statistique médicale des hôpitaux », une distinction a été faite entre : « Guéri, plus besoin de traitement » (n = 52), « Décédé » (n = 11), « Pas de liaison, mais aurait été nécessaire » (n = 431).

Les résultats montrent qu'une grande partie des personnes présentant une addiction fait appel à des offres qui échappent aux outils de pilotage des cantons. Il semble d'autant plus important de mettre sur pied des coopérations entre les offres médicales d'une part, et psychosociale et sociopédagogique d'autre part, et de veiller à leur bon fonctionnement. En effet, une personne sur trois se tourne vers une offre ambulatoire ou semi-résidentielle financée par la LAMal à l'issue de soins en médecine résidentielle des addictions, tandis que seuls 5% ont recours à une offre psychosociale et sociopédagogique. Dans l'ensemble, on constate une *faible interdépendance de l'offre entre ces deux systèmes*.

Conclusion intermédiaire : les trajectoires d'orientation et les offres de liaison dans la thérapie résidentielle des addictions et dans la médecine des addictions

Le présent chapitre révèle qu'une grande partie des personnes présentant une addiction fait appel à des offres dans le domaine médical qui échappent aux outils de pilotage des cantons. Il semble d'autant plus important de mettre sur pied des coopérations entre les offres médicales d'une part et psychosociales et sociopédagogiques d'autre part, et de veiller à leur bon fonctionnement. En effet, une personne sur trois se tourne vers une offre ambulatoire ou semi-résidentielle financée par la LAMal à l'issue de soins en médecine résidentielle des addictions, tandis que seuls 5% ont recours à une offre d'accompagnement psychosocial et sociopédagogique ambulatoire. Dans l'ensemble, on constate un *faible enchevêtrement de l'offre entre ces deux systèmes*.

6.2.6 L'analyse des mouvements intercantonaux d'utilisation

En raison de leur taille et de leurs besoins, tous les cantons ne sont pas en mesure de mettre à la disposition de leur population leurs propres offres dans tous les domaines d'offre de l'aide en matière d'addictions. C'est pourquoi, en particulier dans le domaine résidentiel, les personnes concernées font également appel à des offres établies dans un autre canton. Les enquêtes réalisées dans les cantons ont permis de mettre en évidence les mouvements intercantonaux d'utilisation de l'offre dans les types d'offres 2a (thérapie résidentielle des addictions), 2b (médecine résidentielle des addictions) et 3 et 4 (formes d'hébergement dans une institution). Ces données constituent une base importante sur laquelle s'appuyer pour planifier l'offre résidentielle et développer la coordination ou la collaboration intercantonale. Il n'existe pas de chiffres concernant les usagers et usagères des offres des cantons de Genève, du Tessin, de Glaris et d'Appenzell Rhodes-Intérieures, car ces cantons n'ont pas participé à l'enquête.

À la date de référence du 31 décembre 2021, 638 personnes au total suivaient une **thérapie résidentielle des addictions** (offre de type 2a, *figure 20*). Une personne était originaire de l'étranger, neuf étaient d'origine inconnue. La plus grande partie des personnes suivant une thérapie étaient, pour la Suisse romande, dans le canton de Vaud, pour la Suisse centrale, dans le canton de Lucerne, pour la Suisse orientale dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures et pour le reste de la Suisse alémanique dans le canton de Zurich. Les cantons d'Uri, de Schwyz, de Nidwald, d'Obwald, d'Appenzell Rhodes-Intérieures, des Grisons et de Thurgovie ne disposent d'aucune offre. Dans le canton de Schaffhouse, un établissement n'a fourni aucune donnée sur le lieu de résidence des 42 usagers et usagères à la date de référence. Il

est frappant de constater que tous les cantons romands, contrairement aux cantons alémaniques, présentent un nombre élevé d'usagers et d'usagères dans le domaine de la thérapie résidentielle des addictions. En Suisse alémanique, le nombre d'usagers et d'usagères varie indépendamment de la taille des cantons.

Un tiers des personnes (205), plus exactement 32 % séjournait dans un établissement situé en dehors de leur canton de résidence pour y suivre une thérapie résidentielle des addictions. Ce qui ressort, ce sont plutôt des cantons typiques de l'offre (p. ex. Vaud, Neuchâtel, Soleure, Berne, Zurich, Appenzell Rhodes-Extérieures) et des cantons typiques de la demande (p. ex. Fribourg, Lucerne, Argovie, Saint-Gall). Dans la plupart des cas, l'utilisation intercantonale de l'offre reste confinée dans une même région linguistique. Bilingue, Berne est un canton-pont qui relie la Suisse romande à la Suisse alémanique.

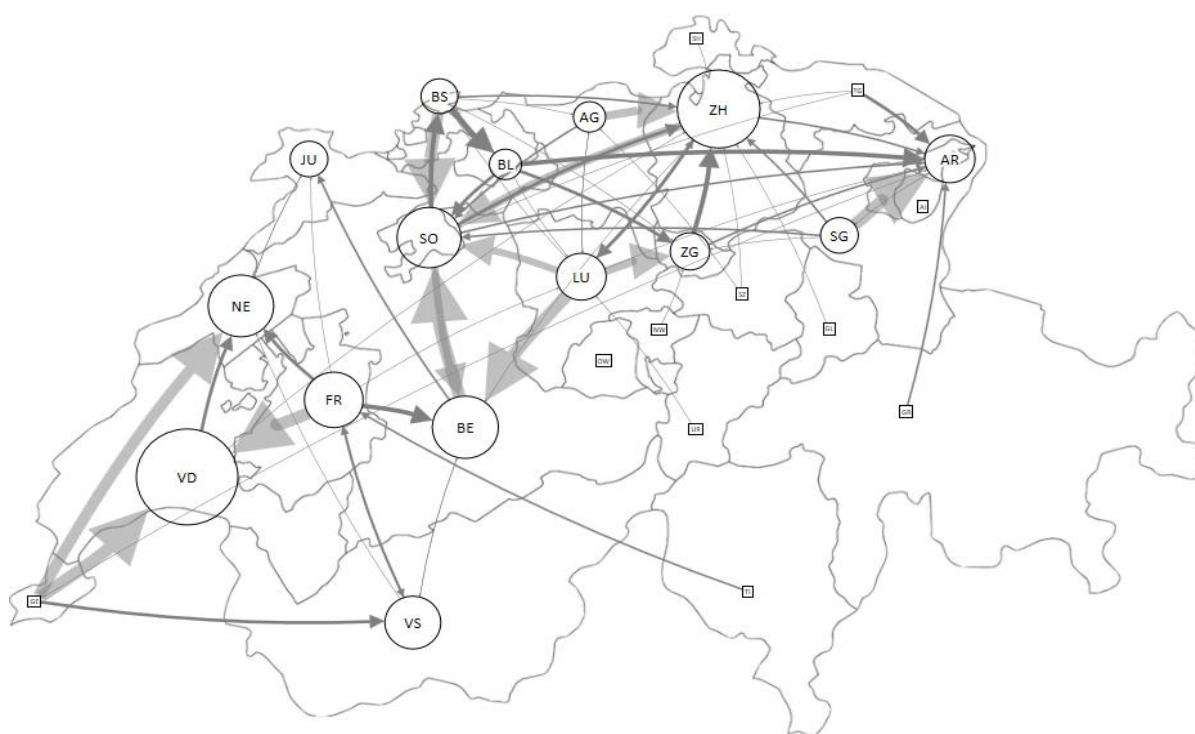


Figure 24 : l'interdépendance intercantonale de l'utilisation de la thérapie résidentielle des addictions (type 2a)

Si l'on compare le nombre d'usagères et usagers extra-cantonaux des offres intra-cantonaux (« importation ») au nombre d'usagères et d'usagers intra-cantonaux des offres extra-cantonaux de thérapie résidentielle des addictions (« exportation »), il en résulte un bilan d'utilisation positif ou négatif pour chaque canton (*tableau 24*).

Tableau 24 : bilan intercantonal de l'utilisation de l'offre de type 2a (thérapie résidentielle des addictions)

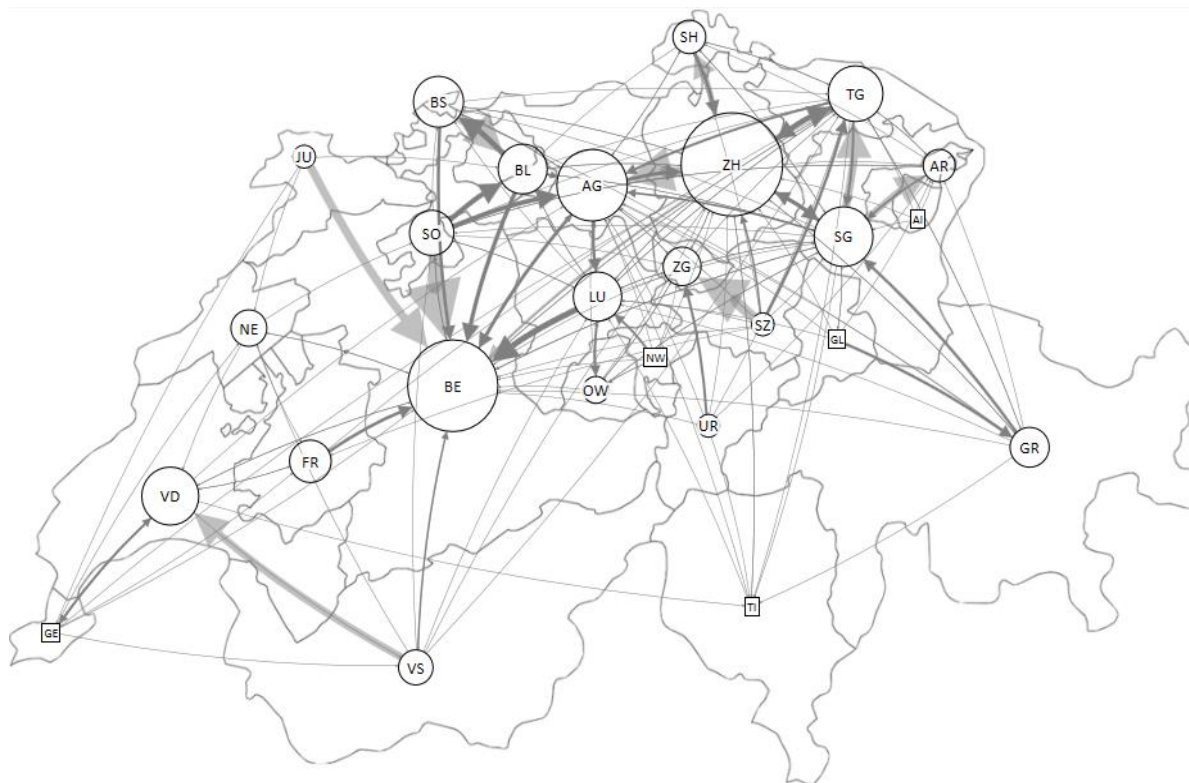
	AG	AR	BE	BL	BS	FR	GR	JU	LU	NE	NW
Clientèle extra-cantonale des offres intra-cantonaes (« importation »)*	3	30	22	5	8	4	ao	4	7	17	ao
Clientèle intracantonale des offres extracantonaes (« exportation »)	10	1	13	13	18	21	2	1	28	1	1
« Excédent d'importations »(+) « Excédent d'exportations »(-)	-7	29	9	-8	-10	-17	-2	3	-21	16	-1
	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
Clientèle extra-cantonale des offres intra-cantonaes (« importation »)*	ao	1	ic	40	ao	ao	ao	29	6	13	26
Clientèle intracantonale des offres extracantonaes (« exportation »)	0	18	1	15	2	5	1	4	4	6	14
« Excédent d'importations »(+) « Excédent d'exportations »(-)	0	-17	-	25	-2	-5	-1	25	2	7	12

*sans les usagers et usagères de l'étranger ou d'origine inconnue

Légende : ao=aucune offre, ic=inconnu

Les données de la « Statistique médicale des hôpitaux » analysées par l'Observatoire de la santé montrent les mouvements de la patientèle de la **médecine résidentielle des addictions** (offre de type 2b) en 2020 (*figure 21*). Au total, 11 918 patient-es souffrant d'addiction ont été traité-es dans les hôpitaux des cantons étudiés. Si l'on ne compte qu'une seule fois les personnes qui se sont fait soigner dans plus d'un canton, cela représente 11 094 personnes. Parmi elles, 182 personnes sont originaires de l'étranger, et pour 14 d'entre elles, le domicile est inconnu. Le canton de Vaud en Suisse romande, le canton de Lucerne en Suisse centrale, le canton de Saint-Gall en Suisse orientale et le canton de Zurich dans le reste de la Suisse alémanique ont eu le plus grand nombre de patient-es. Il est frappant de constater que les cantons romands comptent nettement moins de traitements dans le domaine de la médecine des addictions financé par la LAMal que la Suisse alémanique. Dans ce domaine de l'offre, on observe une situation inverse à celle de l'évaluation précédente des thérapies résidentielles des dépendances non financées par la LAMal.

Au total, 2002 patients (18 %) provenaient d'autres cantons que celui où sont établies les cliniques. L'utilisation intercantonale de l'offre est beaucoup plus importante en Suisse alémanique qu'en Suisse romande. Sur ce point également, des différences entre les régions linguistiques sont visibles et indiquent une importance différente des traitements et thérapies médicales, psychosociales et sociopédagogiques en ce qui concerne l'aide en matière d'addiction.



Légende : patientèle traitée pour une addiction de 1 (SZ/JU) à 2489 (ZH). Hospitalisations hors canton de 1 (minimum) à 132 (maximum).

Figure 25 : l'interdépendance des cantons pour l'utilisation de leurs offres respectives de « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) »

Si l'on compare le nombre de patientes et patients extra-cantonaux des cliniques intra-cantonaux (« importation ») au nombre de patientes et patients extra-cantonaux des cliniques extra-cantonaux de thérapie résidentielle des addictions (« exportation »), il en résulte un bilan d'utilisation positif ou négatif pour chaque canton.

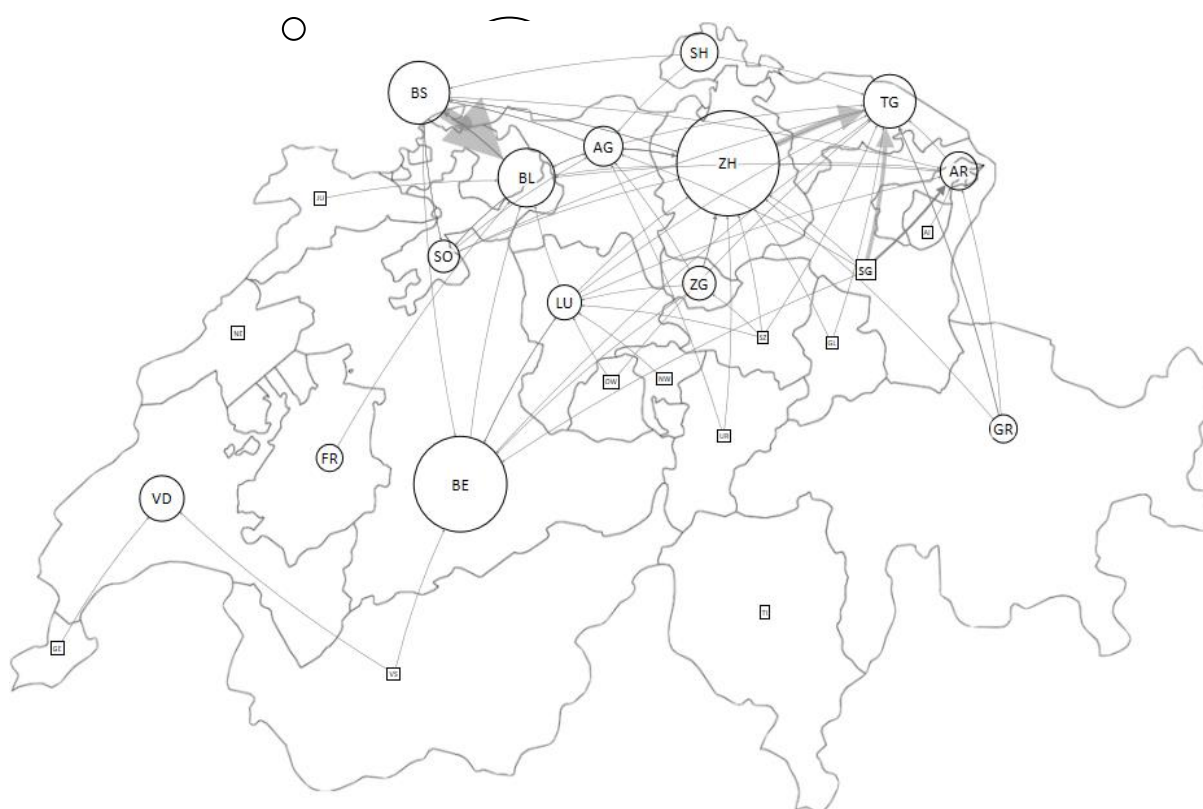
Tableau 25 : bilan intercantonal de l'utilisation de l'offre de type 2b (médecine résidentielle des addictions)

	AG	AR	BE	BL	BS	FR	GR	JU	LU	NE	NW
Patientèle hors canton dans les cliniques à l'intérieur du canton (« importation »)*	258	73	473	128	73	7	44	0	104	9	ao
Patientèle à l'intérieur du canton dans les cliniques hors canton (« exportation »)	121	39	65	116	120	34	55	75	115	10	44
« Excédent d'importations »(+) « Excédent d'exportations »(-)	137	34	408	12	-47	-27	-11	-75	-11	-1	-44
	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
Patientèle hors canton dans les cliniques à l'intérieur du canton (« importation »)*	38	130	56	30	0	194	ao	34	4	135	212
Patientèle à l'intérieur du canton dans les cliniques hors canton (« exportation »)	23	202	45	235	159	97	31	29	31	38	263
« Excédent d'importations »(+) « Excédent d'exportations »(-)	15	-72	11	-205	-159	97	-31	5	-27	97	-51

*sans la patientèle de l'étranger ou d'origine inconnue
Légende : ao=aucune offre dans le canton

Enfin, les offres d'**hébergement en institution** (types 3 et 4) hébergeaient 2811 personnes fin 2021 (figure 22). Les cantons d'Uri, de Schwyz, de Nidwald, d'Obwald, du Valais, de Neuchâtel et du Jura ne disposent d'aucune offre d'hébergement en institution. Le canton de Vaud en Suisse romande, le canton de Lucerne en Suisse centrale, le canton de Thurgovie en Suisse orientale et le canton de Zurich dans le reste de la Suisse alémanique ont eu le plus grand nombre d'utilisateurs et usagères. Les cantons de Suisse occidentale, centrale et orientale disposent d'un nombre d'utilisateurs et d'utilisatrices plus faible que les autres cantons de Suisse alémanique. En revanche, les cantons de la Suisse occidentale misent davantage sur les formes d'hébergement ambulatoire (types 5 et 8).

Le canton de résidence de 325 personnes (12%) est inconnu, quatre personnes sont arrivées de l'étranger. Pour le reste, 2142 personnes (76%) proviennent du canton où se trouve l'offre, 340 personnes (12%) d'autres cantons. L'utilisation intercantonale de l'offre est donc probablement plutôt faible. La plupart du temps, ce sont des personnes isolées qui utilisent une offre extracantonale. Les exceptions sont les offres du canton de Bâle-Campagne, qui ont accueilli 83 personnes du canton de Bâle-Ville, et le canton de Thurgovie, dont les offres d'hébergement ont accueilli 40 personnes du canton de Zurich et 30 personnes du canton de Saint-Gall. En Suisse romande, on ne constate pratiquement aucune interdépendance des utilisations.



Légende : places occupées, de 15 (JU) à 848 (ZH)
 Placements hors canton de 1 (minimum) à 83 (maximum)

Figure 26: utilisation intercantonale des offres d'hébergement dans une institution (types 3 & 4)

Si l'on compare le nombre d'usagères et usagers extra-cantonaux des offres intra-cantoniales (« importation ») au nombre d'usagères et d'usagers intra-cantonaux des offres extra-cantoniales de l'hébergement dans une institution (« exportation »), il en résulte un bilan d'utilisation positif ou négatif pour chaque canton.

Tableau 26: bilan d'utilisation intercantonale dans les types d'hébergement dans une institution (types 3 et 4)

	AG	AR	BE	BL	BS	FR	GR	JU	LU	NE	NW
Clientèle extra-cantonale des offres intra-cantoniales (« importation »)*	17	27	9	100	20	0	0	ao	5	ao	ao
Clientèle intracantonale des offres extra-cantoniales (« exportation »)	21	2	3	15	90	1	18	1	15	0	1
« Excédent d'importations »(+)	-4	25	6	85	-70	-1	-18	-1	-10	0	-1
« Excédent d'exportations »(-)											
	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
Clientèle extra-cantonale des offres intra-cantoniales (« importation »)*	ao	0	0	2	ao	100	ao	5	ao	1	54
Clientèle intracantonale des offres extra-cantoniales (« exportation »)	2	55	5	19	11	2	3	0	5	14	51
« Excédent d'importations »(+)	-2	-55	-5	-17	-11	98	-3	5	-5	-13	3
« Excédent d'exportations »(-)											

*sans les usagers et usagères de l'étranger ou d'origine inconnue

Légende : ao=aucune offre

Conclusion intermédiaire : les mouvements intercantonaux d'usagers et usagères

Les enquêtes réalisées dans les cantons ont mis en évidence les mouvements intercantonaux d'utilisation de l'offre de thérapie résidentielle des addictions et de médecine résidentielle des addictions, ainsi que dans les formes d'hébergement dans une institution. Ces données constituent une base importante sur laquelle s'appuyer pour planifier l'offre résidentielle et développer la coordination ou la collaboration intercantonale. À la fin de l'année 2021, un tiers des personnes (32 %) séjournait dans un établissement situé en dehors de leur canton de résidence pour y suivre une thérapie résidentielle des addictions. Dans la plupart des cas, l'utilisation intercantonale de l'offre reste confinée dans une même région linguistique. En 2020, dans le domaine de la médecine résidentielle des addictions, 20% de la clientèle se trouvaient dans une clinique située en dehors du canton. Sur ce point également, des différences entre les régions linguistiques sont visibles et indiquent une importance différente des traitements et thérapies médicales d'une part et psychosociales et sociopédagogiques en ce qui concerne l'aide en matière d'addiction. L'utilisation intercantonale de l'offre d'hébergement dans une institution est plutôt faible. La plupart du temps, ce sont des personnes isolées (12 %) qui utilisaient une offre extra-cantonale.

7 Le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions par les cantons

En raison de l'organisation fédéraliste de la Suisse, il est possible d'établir différentes formes de pilotage dans les cantons. Dans le cadre de ce projet, nous avons examiné la *manière dont le domaine de l'aide en matière d'addiction est piloté par chacun des cantons*. Les analyses montrent que le pilotage de l'aide en matière d'addictions est organisé de manière très différente selon les cantons. Cette diversité constitue un défi pour la coopération intercantonale et la pilotabilité de l'aide en matière d'addiction au niveau national. Afin de réduire la complexité des différences cantonales et d'augmenter la comparabilité, les formes de pilotage des 22 cantons étudiés ont été regroupées en types. Les caractéristiques centrales des **cinq « types de pilotage cantonal »** sont présentées dans les prochains paragraphes. L'objectif principal est de mettre à disposition les bases d'une réflexion professionnelle sur le pilotage existant dans le domaine de l'aide et de la politique en matière d'addictions et de soutenir ainsi *les processus de développement*.

Base de données et échelles de comparaison : les résultats présentés ci-dessous sont basés sur les analyses de trois enquêtes : Une enquête écrite (questionnaire C1, cf. [tableau 3](#)) a permis de relever les caractéristiques clés du pilotage de la politique des addictions auprès du ou de la délégué·e cantonal·e aux problèmes des addictions. Le ou la mandataire a en outre mis à disposition des documents pertinents pour le pilotage (C2), qui ont ensuite été analysés. Sur la base de ces deux enquêtes, un troisième entretien téléphonique guidé (C3, environ 1h30) a été mené avec le ou la délégué·e cantonal·e aux problèmes des addictions. Dans le portrait cantonal de chaque canton participant, ces données ont été traitées sous forme standardisée dans le but d'obtenir une représentation compacte du pilotage aux niveaux du *pilotage cantonal global*, du *pilotage et de la coordination des prestations*, et au *niveau des cas*. Les présentations se trouvent à chaque fois dans le cinquième chapitre des portraits des cantons. Ces descriptions condensées ont servi de base à l'analyse et à la création de types de pilotage cantonal qui ont suivi.

Dans le cadre d'analyses comparatives, les points communs et les différences des formes de gestion étudiées ont été mis en évidence – sur la base de dimensions comparatives définies. Cette procédure conduit à une représentation condensée des propriétés ou caractéristiques essentielles des unités étudiées, qui peuvent être regroupées en types. Le point de référence pour la classification a été en premier lieu le *degré d'institutionnalisation du pilotage par les cantons* sur trois niveaux de pilotage :

Niveau de l'ensemble du système (niveau macro) : au niveau du pilotage global et de la planification cantonale, le degré d'institutionnalisation se caractérise d'une part par l'existence et la différenciation des bases de contenu de la politique en matière d'addictions, telles que les bases légales spécifiques aux dépendances, les stratégies cantonales en matière d'addictions, les analyses régulières des besoins ou les planifications de l'offre ainsi que les systèmes de monitoring ou les évaluations sur des questions spécifiques. D'autre part, les aspects structurels sont représentés au niveau macro par l'organisation des tâches de pilotage au sein de l'administration cantonale (p. ex. le niveau des ressources humaines, l'existence d'organes

spécialisés et de commissions ou le degré de différenciation des unités organisationnelles chargées de piloter la politique des addictions).

La coordination de la prestation de services (niveau méso) : au niveau de la collaboration avec les organisations prestataires, le degré d'institutionnalisation du pilotage cantonal peut également être déterminé par deux dimensions : *Premièrement*, à l'existence et à la différenciation d'occasions d'échange et de mise en réseau avec et entre les prestataires de soins organisés par le canton. *Deuxièmement*, à l'existence et à la différenciation d'occasions d'échange et de mise en réseau auto-organisées entre les prestataires, connues des délégués aux problèmes des addictions.

Niveau de la gestion des cas (niveau micro) : au niveau du pilotage des cas individuels, le degré d'institutionnalisation a été évalué sur la base de l'existence et du degré de différenciation d'instruments stratégiques de pilotage des cas au niveau du canton. Les exemples suivants servent à illustrer le propos :

- *Faible degré d'institutionnalisation:* l'évaluation des besoins en matière de soins et de traitement est laissée aux prestataires de soins primaires et aux prestataires de services.
- *Degré d'institutionnalisation moyen:* les prestataires sont soumis à des directives de la part du canton pour les évaluations, par exemple l'utilisation d'un instrument d'évaluation spécifique.
- *Un degré élevé d'institutionnalisation:* pour des groupes cibles sélectionnés, par exemple pour la clientèle de thérapies résidentielles des addictions ou les cas complexes, il existe une procédure établie de gestion des cas par des services d'évaluation définis, qui travaillent avec un instrument d'évaluation uniforme et se chargent ensuite de la coordination des cas. La coordination des cas comprend l'attribution contraignante de prestations par le centre d'évaluation aux prestataires. Dans certains cas, une gestion de cas plus poussée s'ensuit.

Par ailleurs, au niveau de la gestion ou de la coordination des cas, il est intéressant de savoir sous quelle forme les services ou instances potentiellement fournisseuses de soins primaires (p. ex. les médecins de famille, les services sociaux, les centres de consultation spécialisés du secteur social et de la santé, les écoles) sont informées des offres d'« aide en matière d'addictions » et sensibilisés à cette thématique. Les compétences professionnelles des premiers intervenant·es dans le domaine de l'aide en matière d'addictions sont d'une importance capitale pour des processus d'orientation adéquats vers les services spécialisés correspondants.

Le tableau suivant donne un aperçu des éléments de pilotage sélectionnés pour la comparaison des cantons (dimensions de comparaison).

Tableau 27: aperçu des échelles de comparaison du pilotage cantonal

Pilotage global cantonal (niveau macro)
Bases légales et stratégiques : <ul style="list-style-type: none"> a) Les bases légales et stratégiques dictées par le canton (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législature). b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre. c) La veille systématique des développements s'opérant dans le domaine des addictions (par ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité) ; d) L'organisation des tâches de pilotage au sein du canton e) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).
La coordination intercantonale de la prestation de services (niveau méso)
Coordination intracantonale : <ul style="list-style-type: none"> a) L'organisation de la mise en réseau des organisation prestataires par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières) ; b) Échange auto-géré concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.
La coordination/gestion des cas (niveau micro)
<ul style="list-style-type: none"> a) Centres d'évaluation ; b) Information des prestataires de soins de premier recours.

Limitations : une analyse comparative qui travaille sur la base d'une typologie implique un certain flou dans le classement des cas individuels, c'est-à-dire qu'il est possible que, pour certains critères de comparaison, chaque unité d'enquête ne puisse pas être représentée dans toute sa spécificité. En revanche, l'avantage est de pouvoir mettre en évidence et se concentrer sur certaines caractéristiques communes. La démarche d'analyse est axée sur des aspects descriptifs et ne peut par conséquent pas offrir une analyse plus approfondie de la qualité et de l'impact des différentes formes de pilotage. Il convient en outre de mentionner que la création de types se réfère à l'organisation de l'aide en matière d'addictions *par les cantons* et qu'il n'a pas été tenu compte des mécanismes d'autogestion du système d'aide en matière d'addictions, par exemple par les institutions prestataires. En outre, aucune corrélation n'est examinée avec la dotation en offres d'aide en matière d'addiction ; des informations sur les offres figurent à la *section 6.1*.

7.1 Type 1 : les cantons pratiquant un pilotage de base

Pilotage global cantonal : Sur les dix instruments cités dans le questionnaire et pouvant servir de bases stratégiques, ces cantons en appliquent un à deux. En règle générale, il s'agit d'une orientation vers la Stratégie nationale Addictions ; le cas échéant, un contrôle stratégique est également mentionné. En règle générale, il n'existe pas d'autres bases stratégiques spécifiques pour le pilotage de la politique des addictions du canton, par exemple une stratégie cantonale des addictions, une charte, des objectifs de législature, ou une planification des mesures (par ex. pour la mise en œuvre de la stratégie cantonale). Il en va de même pour les analyses de l'offre et des besoins. Là encore, aucune activité spécifiquement liée à ces analyses n'a été observée au sein de ces cantons. En outre, la veille systématique des développements s'opérant dans le domaine des dépendances fait partie du lot de tâches incombant au ou à la délégué·e cantonal·e aux problèmes des addictions.

L'organisation des tâches de pilotage de l'aide dans le domaine des addictions au sein de l'administration cantonale fait en règle générale partie des tâches globales d'un service, par exemple du Service cantonal de l'action sociale ou du Service de la santé publique. Concrètement, les tâches sont assurées à temps partiel par le ou la délégué·e cantonal·e aux problèmes

des addictions, car ces responsables exercent généralement d'autres tâches (p. ex. l'accompagnement ambulatoire en matière d'addictions).

La coordination de la prestation de services : la coordination intracantonale réalisée par le canton se fait généralement par le biais d'accords bilatéraux conclus avec les prestataires pour grâce à un échange concernant les cas. Dans ces cantons, l'échange entre les prestataires de soins est souvent assuré par le forum régional de médecine des addictions. En règle générale, ces cantons ne fournissent aucun autre effort d'échange et de mise en réseau.

La gestion/coordination des cas : en ce qui concerne la gestion des cas, ces cantons ne disposent d'aucun centre d'évaluation ou d'aucune forme spécifique de coordination des cas. L'information des prestataires de soins de premiers recours, tels que les médecins de famille, les services sociaux ou d'autres services de conseil spécialisés dans le domaine social ou de la santé, se fait en règle générale par le biais des activités du forum régional de médecine des addictions.

Le tableau suivant présente les cantons susceptibles d'être catégorisés dans le type « pilotage de base ». En Suisse centrale, il s'agit des cantons d'Uri, Schwyz, Nidwald et Obwald, et en Suisse orientale, des cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures et de Schaffhouse. Le canton de Zurich pratique également ce type de pilotage.

Indices de développement potentiel : Parmi les sept cantons pratiquant un pilotage élémentaire, cinq sont de petite taille¹⁴⁶ comptant jusqu'à 100 000 habitant·es. Afin de développer le pilotage dans le domaine de l'aide en matière d'addictions dans ces cantons, il est recommandé de *renforcer la coopération régionale*. Au niveau régional, la collaboration intercantonale permet d'élaborer en commun des bases stratégiques, d'intensifier les échanges et la concertation avec et entre les prestataires ou de mettre en place une coordination commune des cas.

Après plusieurs années de vacance au niveau du pilotage cantonal, la réintroduction d'une forme d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions devrait être examinée dans le *canton de Zurich*.

¹⁴⁶ Cantons de moins de 100 000 habitant·es : petits cantons ; de 100 001 à 300 000 habitant·e s : cantons de taille moyenne ; de 300 001 à 1 million d'habitant·e s : grands cantons ; plus d'un million d'habitant·e s : très grands cantons.

Caractéristiques du pilotage cantonal	Nidwald	Obwald
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Bases et organisation de base	Bases et organisation de base
<p>Bases légales et stratégiques :</p> <p>a) les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législation).</p> <p>b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre.</p> <p>c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité).</p> <p>d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).</p>	<p>a) Aucune base stratégique spécifique appliquée dans le canton, alignement sur la Stratégie nationale Addictions.</p> <p>b) Pas de planification régulière de l'offre/des mesures.</p> <p>c) Tâche incombant au ou à la délégué·e aux problèmes des addictions, pas d'autres instruments.</p> <p>d) 1 instrument (Stratégie nationale Addictions).</p>	<p>a) Aucune base stratégique spécifique appliquée dans le canton, alignement sur la Stratégie nationale Addictions.</p> <p>b) Pas de planification régulière de l'offre/des mesures.</p> <p>c) Tâche incombant au ou à la délégué·e aux problèmes des addictions, pas d'autres instruments.</p> <p>d) 1 instrument (Stratégie nationale Addictions).</p>
<p>L'organisation au sein de l'administration cantonale</p> <p>a) Structure organisationnelle</p> <p>b) Ressources humaines</p>	<p>a) Pas d'organes spécialisés/de commissions du canton ; pas d'unité organisationnelle spécifique ; l'aide en matière d'addictions fait partie du lot de tâches incombant au Service de l'action sociale (« Jeunesse, famille, dépendance »).</p> <p>b) Délégué·e aux problèmes des addictions qui donne des consultations ambulatoires au sein du département « Jeunesse, famille & dépendance ».</p>	<p>a) Pas d'organes spécialisés/de commissions du canton ; pas d'unité organisationnelle spécifique ; prévention et conseil intégrés dans les tâches générales incombant au Service de l'action sociale (« Questions de société »).</p> <p>b) Délégué·e aux problèmes des addictions qui dirige le centre de consultation cantonal « Jeunesse, dépendance & conseil aux victimes ».</p>
Prestation de services (niveau méso)	Coordination fondamentale	Coordination fondamentale
<p>Coordination intracantonale :</p> <p>a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières)</p> <p>b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires</p>	<p>a) Faible nombre de prestataires : échanges bilatéraux ou en rapport avec les cas.</p> <p>b) Manifestations du Forum de médecine des addictions.</p>	<p>a) Faible nombre de prestataires : échanges bilatéraux ou en rapport avec les cas ; si nécessaire, réunions sur des thèmes choisis.</p> <p>b) Manifestations du Forum de médecine des addictions.</p>
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation aux prestataires	Délégation aux prestataires
<p>a) Centres d'évaluation ;</p> <p>b) Information des prestataires de soins de premier recours.</p>	<p>a) Pas de centre d'évaluation, évaluations réalisées par le centre cantonal de consultation en matière d'addictions.</p> <p>b) Intégré dans les échanges avec le centre cantonal de consultations en matière d'addictions.</p>	<p>a) Pas de service d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires.</p> <p>b) Intégré dans les échanges avec le service cantonal de la santé et de l'action sociale.</p>
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage fondamental	Pilotage fondamental

Caractéristiques du pilotage cantonal	Uri	Schwyz
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Bases & organisation de base	Bases & organisation de base
Bases légales et stratégiques : a) Les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législation). b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre. c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité). d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).	a) Aucune base stratégique spécifique appliquée dans le canton, alignement sur la Stratégie nationale Addictions. b) Pas de planification régulière de l'offre/des mesures. c) Tâche incombant au ou à la délégué-e aux problèmes des addictions, pas d'autres instruments. d) 2 instruments (Stratégie nationale Addictions, controlling stratégique).	a) Aucune base stratégique spécifique appliquée dans le canton, alignement sur la Stratégie nationale Addictions. b) Pas de planification régulière de l'offre/des mesures. c) Tâche incombant au ou à la délégué-e aux problèmes des addictions, pas d'autres instruments. d) 1 instrument (Stratégie nationale Addictions).
L'organisation au sein de l'administration cantonale c) Structure organisationnelle d) Ressources humaines	a) Pas d'organes spécialisés/de commissions du canton ; pas d'unité organisationnelle spécifique ; l'aide en matière d'addictions fait partie du lot de tâches incombant au Service de la santé publique et au Service de l'action sociale. b) Délégué-e aux problèmes des addictions.	a) Pas d'organes spécialisés/de commissions du canton ; pas d'unité organisationnelle spécifique ; mandat de prestations confié à Triaplus AG. b) Délégué-e aux questions de dépendance, tâche principale : mise en réseau intercantonale & nationale.
Prestation de services (niveau méso)	Coordination fondamentale	Coordination fondamentale
Coordination intracantonale : a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières) ; b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.	a) Des temps d'échange sont en cours de planification. b) Manifestations du Forum de médecine des addictions.	a) Pas de prestataire dans le canton, échange bilatéral ou en rapport avec les cas par un mandataire externe (Triaplus AG). b) Manifestations du Forum de médecine des addictions et Triaplus.
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation aux prestataires	Délégation aux prestataires
a) Centres d'évaluation b) Information des prestataires de soins de premier recours.	a) Pas de service d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires. b) Intégré dans les échanges avec le Service de la santé et de l'action sociale.	a) Pas de service d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires. b) Mandat de prestations confié à Triaplus SA (clinique psychiatrique).
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage fondamental	Pilotage fondamental

Caractéristiques du pilotage cantonal	Appenzell-Rhodes extérieures	Schaffhouse
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Bases et organisation de base	Bases et organisation de base
Bases légales et stratégiques : a) Les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législation). b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre. c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité). d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).	a) Aucune base stratégique spécifique appliquée dans le canton, alignement sur la Stratégie nationale Addictions.	a) Programme d'action cantonal de promotion de la santé, alignement sur la Stratégie nationale Addictions
	b) Pas de planification régulière de l'offre/des mesures.	b) Pas de planification régulière de l'offre/des mesures.
	c) Incombe au délégué aux problèmes des addictions.	c) Incombe au délégué ou à la déléguée aux problèmes des addictions.
	d) Deux instruments (Stratégie nationale Addictions ; controlling stratégique).	d) Deux instruments (Stratégie nationale Addictions ; programme d'action cantonal).
L'organisation au sein de l'administration cantonale a) Structure organisationnelle b) Ressources humaines	a) Coordination centrale réalisée par le centre de consultations en matière d'addictions au sein du département de la santé et de l'action sociale ; commission du Conseil d'Etat pour les questions de dépendance.	a.) Pas d'organes spécialisés / de commissions du canton ; pas d'unité organisationnelle spécifique ; contrat de prestations avec le délégué ou la déléguée aux problèmes des addictions ; groupe de pilotage Promotion de la santé et prévention
	b) Délégué·e aux problèmes des addictions	b) Le délégué ou la déléguée aux problèmes des addictions.
Prestation de services (niveau méso)	Coordination fondamentale	Coordination fondamentale
Coordination intracantonale : a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières) b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.	a) Formations initiales et continues pour les employeurs et employeuses (1-2x), échanges et manifestations de réseau (3-4x), manifestations du Forum de la médecine des addictions, groupes d'expert·es	a) Échanges et réunions de réseau de la Commission pour les questions sociales et les substances psychoactives (politique, administration et prestataires) (2x), groupes d'expert·es (2x).
	b) Fachverband Sucht ; Conférence régionale de l'Est (1x)	b) Groupe spécialisé dans les addictions à Schaffhouse : Prestataires (4x), échange d'informations et approfondissement de thèmes spécialisés.
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation aux prestataires	Délégation aux prestataires
a) Centres d'évaluation b) Information des prestataires de soins de premier recours.	a.) Les évaluations incombent aux prestataires, évaluation partielle des cas par le centre cantonal de consultations en matière d'addictions.	a) Pas de service d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires.
	b) La mise en réseau, l'information et la formation continue des prestataires de soins de premiers recours se font principalement par le biais du <i>Forum Suchtmedizin Ostschweiz</i> .	b) Aucune donnée.
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage fondamental	Pilotage fondamental

Caractéristiques du pilotage cantonal	Zurich
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Bases & organisation de base
<p>Bases légales et stratégiques :</p> <p>a) les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législation).</p> <p>b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre.</p> <p>c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité).</p> <p>d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).</p>	<p>a) Pas de bases légales ; concept de prévention des dépendances 1991 ; prise en charge élémentaire par les villes et les communes.</p> <p>b) Analyses des besoins réalisée par le Centre des addictions (PUK) et l'Institut pour la recherche en matière de santé et d'addictions</p> <p>c) Veille de l'évolution de l'offre par les prestataires.</p> <p>d) 2 instruments (analyse des besoins, concept de prévention des dépendances 1991).</p>
<p>L'organisation au sein de l'administration cantonale</p> <p>e) Structure organisationnelle</p> <p>f) Ressources humaines</p>	<p>a) Depuis 2013, pas de délégué-e aux problèmes des addictions, depuis 2011, pas de commission pour les questions liées aux addictions ; compétences : Office cantonal des affaires sociales pour les établissements de thérapie des addictions, Fonds de la dîme de l'alcool, Direction de la santé : Prévention et médecine des addictions.</p> <p>b) Poste vacant de délégué-e aux problèmes des addictions</p>
Prestation de services (niveau méso)	Pas de coordination
<p>Coordination intracantonale :</p> <p>a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières)</p> <p>b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.</p>	<p>a) Échanges bilatéraux avec les prestataires ; échanges et manifestations de réseau des établissements de thérapie des addictions ayant conclu des conventions de prestations « Réseau Sortir de la dépendance »</p> <p>b) Réunions régulières des centres régionaux de prévention des addictions et des établissements appartenant au « Réseau Sortir de la dépendance » ; manifestations et ateliers de la <i>Zürcher Fachstelle für Suchtmittelmissbrauchs</i> ; réunions régulières des centres ambulatoires spécialisés dans les problèmes d'alcool et des problèmes de dépendance</p>
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation aux prestataires
<p>a) Centres d'évaluation ;</p> <p>b) Information des prestataires de soins de premier recours.</p>	<p>a) Pas de service d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires.</p> <p>b) Aucune donnée.</p>
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage fondamental

7.2 Type 2 : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi, sans gestion des cas

Les cantons pratiquant un pilotage élémentaire élargi se distinguent par les caractéristiques suivantes aux trois niveaux d'observation :

Pilotage global cantonal : les cantons pratiquant un pilotage élémentaire élargi se basent sur la Stratégie nationale Addictions **et** complètent le pilotage global de la politique cantonale des addictions par des bases stratégiques choisies, par exemple une stratégie cantonale des addictions ou des lignes directrices en matière de politique des addictions. On trouve également dans ces cantons, de manière isolée, des analyses de besoins, des planifications d'offres ou des rapports d'analyse généraux sur la mise en œuvre de la politique cantonale des addictions. Comme pour les cantons pratiquant un « pilotage fondamental », la veille régulière des développements dans le domaine des addictions fait partie des tâches globales du ou de la délégué·e cantonal·-e aux problèmes des addictions. Sur les dix instruments cités dans le questionnaire et pouvant servir de bases stratégiques pour le pilotage cantonal, ces cantons en appliquent trois à cinq.

L'organisation des tâches de pilotage de l'aide en matière d'addictions au sein de l'administration cantonale fait partie des tâches globales du Service cantonal de l'action sociale ou du Service de la santé publique. Comme pour le type « pilotage de base », les tâches sont généralement exercées à temps partiel par le délégué ou la délégué·e cantonal·e aux problèmes des addictions.

La coordination de la prestation de services : la coordination intracantonale réalisée par le canton se fait généralement par le biais d'accords bilatéraux conclus avec les prestataires. Certains cantons appartenant à ce type complètent les échanges entre les prestataires par d'autres manifestations visant à informer, donner de la place aux échanges ou mettre en réseau des groupes cibles choisis. Le forum régional de médecine des addictions assume également des tâches de mise en réseau.

La gestion/coordination des cas : en ce qui concerne les cas, ces cantons ne disposent d'aucun centre d'évaluation ou d'aucune forme spécifique de coordination des cas. L'information des prestataires de soins de premiers recours, tels que les médecins de famille, les services sociaux ou d'autres services de conseil spécialisés dans le domaine social ou de la santé, se fait – de manière comparable au type de pilotage de base – par le biais des activités du forum régional de médecine des addictions.

Conclusions : les cantons de type pilotage de base *élargi* se distinguent des cantons pratiquant un pilotage de base principalement par leur application de différentes bases stratégiques cantonales et par des efforts un peu plus marqués pour favoriser les échanges et la mise en réseau des institutions prestataires.

Indices du potentiel de développement : les possibilités de développement émergent de l'élaboration ciblée de bases stratégiques (niveau macro) et d'unités ou de structures organisationnelles compétentes en la matière au sein de l'administration cantonale, ainsi que du renforcement de la concertation et de la coordination au niveau de la fourniture des prestations (niveau méso). Il vaut également la peine d'envisager l'introduction de modèles de gestion ou de coordination systématique des cas (niveau micro) dans les cas complexes (par ex. les offres résidentielles).

Le tableau suivant montre les cantons susceptibles d'être catégorisés dans le type « pilotage fondamental élargi ». En Suisse orientale, il s'agit des cantons de Saint-Gall et de Thurgovie. Dans la région du Plateau/Suisse du Nord-Ouest, les cantons de Soleure et de Berne appartiennent également à ce type.

Caractéristiques du pilotage cantonal	Thurgovie	Berne
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Bases stratégiques & organisation de base	
<p>Bases légales et stratégiques :</p> <p>a) Les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législature).</p> <p>b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre.</p> <p>c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité).</p> <p>d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).</p>	<p>a) Bases stratégiques : Stratégie nationale Addictions, stratégie et programme de promotion de la santé et de prévention.</p> <p>b) Pas de planification des offres/des mesures</p> <p>c) Étude menée par le Bureau BASS sur le financement.</p> <p>d) Quatre instruments (la Stratégie nationale Addictions, la Stratégie (2017-2025) et le Programme (2021-2024), la Promotion de la santé et la prévention, l'étude BASS)</p>	<p>a) Loi sur l'aide sociale : GF (prévention et aide en matière d'addictions) (canton et communes) ; la loi sur les soins hospitaliers (médecine des addictions) ; le rapport sur l'aide en matière d'addictions (2012) (thérapie et réduction des risques), y compris le rapport complémentaire (2014) (répression et prévention) ; la stratégie en matière de santé, y compris la stratégie partielle en matière d'addictions.</p> <p>b) Analyses des besoins par des plateformes régionales</p> <p>c) Observation par des plateformes régionales Addiction</p> <p>d) Cinq instruments (la Stratégie nationale addictions, le controlling stratégique, le concept d'aide en matière d'addictions (2012) avec rapport complémentaire (2014), la stratégie cantonale de santé (2020-2030), la liste des hôpitaux en psychiatrie (2020))</p>
<p>L'organisation au sein de l'administration cantonale</p> <p>a) Structure organisationnelle</p> <p>b) Ressources humaines</p>	<p>a) Aucun service de coordination central ; délégué·e aux problèmes des addictions : Information & concertation entre les acteurs ; Commission GF, Prévention & Dépendances.</p> <p>b) Délégué·e aux problèmes des addictions à temps partiel : pas de coordination, surtout information et mise en réseau</p>	<p>a) Le département « Institutions sociales » est responsable de l'aide ambulatoire et stationnaire en matière d'addiction ainsi que de l'hébergement (y compris les sans-abri). Service de santé publique Le département « planification des soins » et le département « surveillance et autorisation » sont responsables de la prévention et de la médecine des addictions ; pas de service de coordination central ; pas de collaboration coordonnée entre les services.</p> <p>b) Le délégué·e cantonal·e aux problèmes des addictions</p>
Prestation de services (niveau méso)	Coordination de base et événements occasionnels d'échange / de mise en réseau	
<p>Coordination intracantonale :</p> <p>a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières)</p> <p>b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.</p>	<p>a) Échanges et manifestations de mise en réseau des spécialistes des addictions et des acteurs de la prévention du tabagisme ; journées de promotion de la santé et de prévention, formations initiales et continues pour les personnes présentant une addiction.</p> <p>b) Rencontre des conseillers et conseillères de la prévention des addictions, de la médecine ambulatoire et résidentielle des addictions, du service pénitentiaire et de la probation ; Fachverband Sucht, conférence régionale Est.</p>	<p>a) Commission cantonale pour la promotion de la santé et les questions d'addiction et plateformes régionales addiction ; échanges et manifestations de mise en réseau dans les 5 échanges bilatéraux avec les prestataires ; échanges avec les comités d'expert·es concerné·es</p> <p>b) Échanges d'acteurs et actrices pertinentes de l'aide en matière d'addiction, de la médecine des addictions et de la psychiatrie ainsi que d'autres services spécialisés.</p>
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation aux prestataires	Délégation aux prestataires

Caractéristiques du pilotage cantonal	Thurgovie	Berne
a) Centres d'évaluation b) Information des prestataires de soins de premier recours.	a) Pas de centres d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires.	a) Pas de centres d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires.
	b) La mise en réseau, l'information et la formation continue des prestataires de soins de premier recours se font principalement par le biais du Forum de médecine des addictions de la Suisse orientale.	b) La mise en réseau, l'information et la formation continue des prestataires de soins de premier recours se font principalement par le biais du Forum de médecine des addictions de la Suisse du Nord-Ouest.
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage de base élargi	Pilotage de base élargi

Caractéristiques du pilotage cantonal	Soleure	Saint-Gall
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Bases stratégiques & organisation de base	
Bases légales et stratégiques : a) Les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législature). b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre. c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité). d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).	a) Bases stratégiques Stratégie nationale, lignes directrices de la politique des addictions, rapport sur l'état des lieux de l'aide en matière d'addiction b) Rapport « Suchthilfe und Suchtprävention im Kanton Solothurn ; Grundlagen, Strategie und Massnahmen » c) Tâches incombant au délégué ou à la déléguée aux problèmes des addictions d) Quatre instruments (Stratégie nationale Addictions, Principes directeurs de la politique des addictions, Rapport sur la situation de l'aide en matière d'addictions)	a) Le canton dispose d'une loi spécifique sur les addictions. b) Analyse des besoins et de l'offre c) Aucune donnée d) 3 instruments (la Stratégie nationale Addictions ; l'analyse des besoins et de l'offre, stratégie du Département de la santé)
L'organisation au sein de l'administration cantonale a) Structure organisationnelle b) Ressources humaines	a) A partir du 1 ^{er} janvier 2022 : déléguée cantonale aux problèmes des addictions au sein de l'office de la santé publique (service Vieillesse, Soins & Dépendances) ; commission cantonale spécialisée en matière de prévention b) Taux d'occupation partiel du service « Vieillesse, soins et aide aux personnes présentant une addiction »	a) Le canton est représenté dans différents organes stratégiques d'organisations privées / publiques (commission spécialisée en psychiatrie, VSGP, associations régionales, fondation Suchthilfe SG & Mühlhof, commission spécialisée Croix-Bleue) b) Fachverband Sucht (délégué.e cantonal.e aux problèmes des addictions) à l'Office du médecin cantonal
Prestation de services (niveau méso)	Coordination de base et événements occasionnels d'échange / de mise en réseau	
Coordination intracantonale : a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières) b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.	a) Évaluation et échanges bilatéraux avec les prestataires et les manifestations du Forum de la médecine de l'addiction b) Échange entre les directions d'institutions	a) Formations et formations continues pour les professionnels des addictions et le corps médical (1-2x par an), manifestations du Forum sur la médecine des addictions (par région 3-4x par an) b) Fachverband Sucht ; Regionalkonferenz Ost
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation aux deux centres ambulatoires de traitement des addictions	Délégation aux prestataires
a) Centres d'évaluation ; b) Information des prestataires de soins de premier recours.	a) Évaluations et, le cas échéant, gestion de cas par les deux centres d'accompagnement ambulatoire en matière d'addiction du canton (Perspektive Solothurn & Suchthilfe Ost) b) La mise en réseau, l'information et la formation continue des prestataires de soins de premier recours se font principalement par le biais du Forum de médecine des addictions de la Suisse du Nord-Ouest.	a) Pas de centres d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires. b) La mise en réseau, l'information et la formation continue des prestataires de soins de premier recours se font principalement par le biais du Forum Suchtmedizin Ostschweiz.
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage de base élargi	Pilotage de base élargi

7.3 Type 3 : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi et équipés d'un dispositif de gestion des cas

Pilotage global cantonal : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi se basent sur la Stratégie nationale Addictions et complètent le pilotage global de la politique cantonale des addictions par des bases stratégiques choisies, par exemple une stratégie cantonale des addictions ou des lignes directrices en matière de politique des addictions. Dans la moitié de ces cantons, on trouve également des analyses de besoins, des planifications d'offres ou des rapports d'analyse généraux sur la mise en œuvre de la politique cantonale en matière d'addiction (par exemple dans les cantons de Soleure et d'Argovie). Sur les dix éléments interrogés pouvant servir de bases stratégiques, ces cantons en appliquent entre deux et six ; il s'agit le plus souvent de quatre éléments (deux cantons). Concernant *l'organisation des tâches de pilotage liées à l'aide en matière d'addictions* : dans les cantons de Soleure et du Jura, les tâches sont généralement exercées à temps partiel par le délégué ou la déléguée cantonale aux problèmes des addictions. Dans le canton de Bâle-Campagne, un poste à 100% est prévu à cet effet et dans le canton d'Argovie, plusieurs unités organisationnelles sont compétentes en la matière.

La coordination de la prestation de services : la coordination intracantonale réalisée par le canton se fait souvent par le biais d'accords bilatéraux conclus avec les prestataires. Par ailleurs, on observe parmi les prestataires de ces cantons des manifestations d'information, d'échange ou de mise en réseau destinées à des groupes cibles sélectionnés (p. ex. les cantons d'Argovie, de Soleure ou de Bâle-Campagne). Le *modèle d'organisme responsable unique* du canton du Jura représente une forme spécifique d'organisation et de fourniture de prestations dans le canton. Dans le cadre de ce modèle d'organisme responsable, différents domaines de prestations de l'aide en matière d'addictions sont regroupés au sein d'une même organisation sous le toit d'un organisme responsable, par exemple l'accompagnement ambulatoire et résidentiel en matière d'addictions et la prévention des addictions. Les cantons du Valais et de Neuchâtel travaillent avec une forme d'organisation comparable. Une autre particularité du modèle de l'organisme responsable unique réside dans le fait que certaines tâches du canton peuvent être confiées à un organisme responsable privé. Dans un petit canton comme le canton du Jura, l'accès direct à une institution qui intègre différents domaines de prestations de l'aide en matière d'addiction et qui assume certaines tâches de pilotage cantonales offre justement des avantages dans le pilotage par le canton. Par exemple, il n'est pas nécessaire que le canton poursuive ses activités d'échange et de mise en réseau. La fondation « Addiction Jura » travaille en étroite collaboration avec le service psychiatrique de l'Hôpital cantonal.

La gestion/coordination des cas : Dans ces cantons, on observe différentes approches ainsi qu'une certaine uniformisation de la gestion et de la coordination des cas : Dans le canton de Bâle-Campagne, il existe un centre d'indication central pour les thérapies résidentielles des toxicomanies par le service ambulatoire de la psychiatrie de Bâle-Campagne, spécialisé dans les maladies des addictions. Le canton d'Argovie donne parfois des directives aux services ambulatoires d'accompagnement en matière d'addiction pour les évaluations (instrument de diagnostic social). En raison du modèle de prise en charge unique dans le canton du Jura, la « Fondation Addiction Jura » garantit une mise en œuvre uniforme des premières évaluations.

L'information des prestataires de soins de premier recours tels que les médecins de famille, les services sociaux ou d'autres centres de consultation spécialisés dans le domaine de la santé ou de l'action sociale se fait par le biais de différentes activités : par exemple, les centres de consultation ambulatoire en matière d'addictions, le Forum régional de médecine des addictions, les activités de mise en réseau du/de la délégué·e cantonal·e aux problèmes des addictions ou encore le modèle d'organisme responsable unique du canton du Jura.

Conclusions : ces cantons se distinguent du type de pilotage de base élargi en ce qu'ils adoptent diverses approches d'une évaluation uniforme des cas et de la coordination des cas qui s'ensuit. Dans ce contexte, la mise en œuvre ne doit pas nécessairement incomber au canton : dans le cas des cantons du Jura (modèle à organisme unique) et de Soleure (coordination des cas par les centres d'accompagnement ambulatoires en matière d'addictions), les instances cantonales sont impliquées à titre secondaire.

Indices du potentiel de développement : les potentiels de développement émanent du développement ciblé de bases stratégiques (niveau macro) et d'unités ou de structures organisationnelles compétentes en la matière au sein de l'administration cantonale, ainsi que du renforcement de la coordination au niveau de la fourniture des prestations (niveau méso). Il se peut que les modèles de gestion ou de coordination systématique des cas (niveau micro) déjà utilisés méritent d'être développés.

Caractéristiques du pilotage cantonal	Argovie	Bâle-Campagne
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Bases stratégiques et organisation de base	Bases stratégiques et organisation de base
Bases légales et stratégiques : a) Les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législation). b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre. c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité). d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).	a) Loi sur la santé 2009 : prévention des addictions, consultation ambulatoire des addictions et accès à la consultation résidentielle des addictions ; stratégie : nouvelle planification globale de la politique de santé 2023 (« Gesundheitspolitische Gesamtplanung », GGpl)	a) Loi sur la santé : Promotion de la santé, prévention, prévention de l'alcoolisme et traitement des toxicomanies ; les traitements des addictions sont régis par la législation sur l'aide sociale ; bases stratégiques : stratégie nationale, principes directeurs en matière d'addictions (2018)
	b) Analyses régulières des besoins c) Évaluation du traitement intégré des addictions d) Six instruments (Stratégie nationale Addictions, controlling stratégique, plan de mesures, analyses des besoins, évaluation, GGpl)	b) Aucune donnée c) Tâches incombant au délégué ou à la déléguée aux problèmes des ad. d) Deux instruments (Stratégie nationale Addictions ; lignes directrices Addictions).
L'organisation au sein de l'administration cantonale a) Structure organisationnelle b) Ressources humaines	a) Département « Santé et Affaires sociales », Service spécialisé dans les addictions : prévention des addictions et consultation ambulatoire en matière d'addictions ; Département soins/développement hospitalier : aide ambulatoire et résidentielle ; Département « Formation, culture et sport » : Offres d'hébergement	a) Au sein du Service de la santé publique (Direction de l'économie et de la santé), le délégué ou la déléguée cantonale aux problèmes des addiction est responsable de la coordination ; en étroite collaboration avec la Commission pour les thérapies résidentielles en matière de drogues
	b) Poste de délégué-e aux problèmes des addictions ; services spécialisés	b) Poste de délégué-e aux problèmes des addictions (poste à 100%)
Prestation de services (niveau méso)	Coordination de base et événements occasionnels d'échange / de mise en réseau	Coordination de base et événements occasionnels d'échange / de mise en réseau
Coordination intracantonale : a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières) b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.	a) Échanges bilatéraux avec les services ambulatoires de prévention et de conseil en matière d'addiction b) Rencontre de mise en réseau de l'aide ambulatoire et stationnaire en matière d'addiction ; manifestation spécialisée de l'aide ambulatoire en matière d'addiction ; manifestations du traitement intégré des addictions	a) Échanges bilatéraux du délégué ou de la déléguée aux problèmes des addictions avec les prestataires b) Échange et manifestations de réseau de la plupart des prestataires (tous les 2 ans) ; plates-formes à bas seuil de la psychiatrie de Bâle-Campagne (tous les 2-3 ans)
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation avec, en partie, des directives cantonales	Évaluation centralisée pour les thérapies résidentielles
a) Centres d'évaluation b) Information des prestataires de soins de premier recours.	a) Directives partielles pour certains cas (instrument de diagnostic social par le service ambulatoire de traitement des addictions), y compris la gestion de cas pour certains groupes cibles b) Les organismes responsables de l'aide ambulatoire investissent dans une mise en réseau systématiquement planifiée avec des services de première ligne / des prestataires de soins primaires	a) Centre d'indication par le service ambulatoire spécialisé dans les maladies de la dépendance de la psychiatrie BL pour les traitements résidentiels des addictions. b) Une mise en réseau régulière et systématique avec le délégué ou la déléguée cantonale aux problèmes des addictions.
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage de base élargi	Pilotage de base élargi

Caractéristiques du pilotage cantonal	Jura (modèle d'organisme responsable unique)
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Bases stratégiques & organisation de base
<p>Bases légales et stratégiques :</p> <p>a) Les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législature).</p> <p>b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre.</p> <p>c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité).</p> <p>d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).</p>	<p>a) Loi sur l'aide sociale (art. 64) ; Service cantonal des affaires sociales et Service de la santé publique compétents en matière d'aide dans le domaine des addictions ; plan d'action cantonal « Addictions - stratégies et mesures 2014-2024 »</p> <p>b) Planification annuelle de l'offre avec la fondation « Addiction Jura »</p> <p>c) Aucune donnée</p> <p>d) Quatre instruments (Stratégie nationale Addictions, controlling stratégique, stratégie cantonale, planification de l'offre).</p>
<p>L'organisation au sein de l'administration cantonale</p> <p>a) Structure organisationnelle</p> <p>b) Ressources humaines</p>	<p>a) Pas d'organes spécialisés/de commissions ; l'aide dans le domaine des addictions fait partie du lot de tâches incombant au Service de la santé publique et au Service de l'action sociale.</p> <p>b) Travail à temps partiel au sein du Service des affaires sociales, coopération avec le Service de la santé publique</p>
Prestation de services (niveau méso)	Coordination de base et coordination par le biais d'un modèle d'organisme responsable unique
<p>Coordination intracantonale :</p> <p>a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières)</p> <p>b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.</p>	<p>a) Modèle à organisme responsable unique</p> <p>b) Modèle d'organisme responsable unique, concertation avec la clinique psychiatrique de l'hôpital cantonal (plusieurs fois par an)</p>
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Évaluation par un-e prestataire (Fondation Addiction Jura)
<p>a) Centres d'évaluation ;</p> <p>b) Information des prestataires de soins de premier recours.</p>	<p>a) Les évaluations sont assurées de manière uniforme par la fondation « Addiction Jura », qui est le seul prestataire dans le canton</p> <p>b) L'information et la mise en réseau sont du ressort d'Addiction Jura</p>
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage de base élargi

7.4 Type 4 : les cantons pratiquant un pilotage renforcé du système et des prestations

Pilotage global cantonal : les cantons pratiquant une coordination renforcée du système et des prestations disposent en général de bases légales spécifiques aux addictions et de plusieurs bases stratégiques. Dans ces cantons, on peut parler d'un pilotage de la politique des addictions basé sur un programme, qui comprend des objectifs stratégiques correspondants et qui se caractérise par exemple par des analyses régulières des besoins, des planifications de l'offre, des rapports sur la mise en œuvre de la politique cantonale des addictions (contrôles stratégiques). Sur les dix éléments interrogés pouvant servir de bases stratégiques, ces cantons en appliquent entre trois et huit; il s'agit en moyenne d'environ cinq éléments.

Le délégué ou la déléguée cantonale aux problèmes des addictions est chargé·e d'*organiser les tâches de pilotage liées à l'aide en matière d'addiction* au sein de l'administration cantonale, à un taux d'occupation défini (p. ex. à 60%). En règle générale, il existe également un groupe de pilotage (interdépartemental) au sein de l'administration. En outre, plusieurs offices peuvent être impliqués dans le pilotage de l'aide en matière d'addictions par le canton (p. ex. l'office de la santé et des actions sociales). Ces cantons affectent des ressources humaines substantielles au pilotage de l'aide dans le domaine des addictions, qui peuvent être réparties entre différents offices ou services.

La fourniture de prestations : du côté du canton, la coordination intracantonale s'effectue par le biais de différents comités d'échange et de réseau, dans lesquels une partie substantielle des prestataires est impliquée. Ces comités d'échange peuvent traiter des questions spécifiques, par exemple « les enfants et les jeunes issus de familles touchées par l'addiction » (dans le canton des Grisons), ou être organisés sous la forme de différents groupes de travail. Dans le canton de Neuchâtel, la coordination au niveau de la fourniture des prestations est un peu plus simple en raison du modèle de l'organisme responsable unique.

La gestion/coordination des cas : en ce qui concerne la gestion des cas, ces cantons ne disposent d'aucun centre d'évaluation ou d'aucune forme spécifique de coordination des cas. Dans certaines circonstances, le canton peut imposer des exigences particulières, par exemple dans le cadre d'un système de gestion de la qualité.

L'information des prestataires de soins primaires tels que les médecins de famille, les services sociaux ou d'autres services de conseil spécialisés dans le domaine social ou de la santé passe par différentes activités : par exemple, le forum régional sur la médecine des addictions, les activités de mise en réseau du délégué ou de la déléguée cantonale aux problèmes des addictions ou des activités plus poussées telles que la nouvelle plateforme d'information pour la prévention dans la pratique quotidienne (www.pepra.ch) avec ses offres de conseil, de communication ou de formation continue. Le canton de Lucerne est par exemple le canton pilote¹⁴⁷ de PEPrA.

Conclusions : à la différence des types précédents, ces cantons se caractérisent par un pilotage cantonal de l'aide en matière d'addictions basé sur un programme. Celui-ci repose, sous différentes formes, sur des bases légales et/ou stratégiques cantonales spécifiques, qui sont systématiquement mises en œuvre par le biais de différentes mesures. On constate un développement ciblé de la politique cantonale en matière d'addictions. La mise en œuvre organisationnelle dans les administrations cantonales s'effectue généralement par le biais d'unités

¹⁴⁷ Les cantons de Fribourg, Bâle-Ville et Saint-Gall sont d'autres cantons pilotes de PEPrA.

organisationnelles à plusieurs niveaux, parfois même interdépartementales. Des ressources en postes définies et substantielles sont à disposition.

Indices du potentiel de développement : comme le pilotage cantonal global (niveau macro) et la coordination au niveau de la fourniture des prestations (niveau méso) sont développés dans ces cantons, il s'agit d'examiner si et dans quelle mesure des procédures de pilotage et de coordination des cas pourraient être introduites.

Le tableau suivant présente les cantons susceptibles d'être catégorisés dans le type « Coordination renforcée de la fourniture de prestation et du système ». En Suisse centrale, il s'agit des cantons de Lucerne et de Zoug ; en Suisse orientale, du canton des Grisons et en Suisse occidentale, du canton de Neuchâtel.

Caractéristiques du pilotage cantonal	Lucerne	Zoug
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Système de pilotage renforcé	Système de pilotage renforcé
Bases légales et stratégiques : a) Les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législature). b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre. c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité). d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).	a) Loi sur les institutions sociales (<i>Gesetz über soziale Einrichtungen, SEG</i>): la sociothérapie ambulatoire et résidentielle est inscrite dans la loi b) Planification de l'offre / Rapports de planification c) Par une structure d'organes interdépartementaux d) Huit instruments (Stratégie nationale Addictions et prévention des maladies non transmissibles, lignes directrices, planification de l'offre, évaluation, rapport sur les addictions, entretien de controlling y compris le reporting)	a) Loi d'introduction de la LStup : exécution de l'aide en matière d'addictions (compétences du canton/des communes) ; base stratégique : rapport cantonal sur les addictions (2019) b) Coordination des besoins au sein du réseau d'aide en matière d'addiction avec l'ensemble des prestataires de services c) Délégué·e aux problèmes des addictions ; échange avec le réseau d'aide en matière d'addictions de Zoug (l'ensemble les prestataires) d) Trois instruments (Stratégie addictions nationale et cantonale, rapport addictions (2019)).
L'organisation au sein de l'administration cantonale a) Structure organisationnelle b) Ressources humaines	a) Structure d'organes interdépartementaux à plusieurs niveaux (dès 2017) : organe cantonal de direction et de coordination des addictions, groupes spécialisés cantonaux, délégué·e aux problèmes des addictions responsable de la coordination des organes b) Ressources des organes mentionnés et des délégués et déléguées cantonales aux problèmes des addictions	a) Coordination par le poste de délégué·e cantonal aux problèmes des addictions, le secrétaire de la Conférence sur les drogues et le responsable du réseau d'aide en matière d'addiction (réseau de prestataires) b) Chargé des questions d'addiction à l'Office cantonal de la santé publique
Prestation de services (niveau méso)	Coordination renforcée des prestations	Coordination renforcée des prestations
Coordination intracantonale : a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières) b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.	a) Manifestations d'échange, comités d'experts en addiction, manifestations d'échange / de réseau de professionnel·les de l'addiction, Forum de la médecine de l'addiction de Suisse centrale (1x - 3x par an) b) Réunions de réseau (par ex. spécialistes de la réduction des risques), 3x par an	a) Réseau d'aide en matière d'addictions (responsables des institutions d'aide en matière d'addiction, formations et formations continues pour les professionnels (médicaux) du domaine des addictions, manifestations du Forum de la médecine des addictions b) Groupe de travail sur les addictions (échange informel)
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation aux prestataires	Délégation aux prestataires
a) Centres d'évaluation ; b) Information des prestataires de soins de premier recours.	a) Pas de service d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires. b) Mise en réseau, information et formation continue via le Forum de la médecine de l'addiction de Suisse centrale. Lucerne est un canton pilote PEPr.	a) Pas de service d'évaluation, les évaluations incombent aux prestataires. b) Échange régulier avec le délégué ou la déléguée cantonale.
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage renforcé du système et des prestations	Pilotage renforcé du système et des prestations

Caractéristiques du pilotage cantonal	Grisons	Neuchâtel (modèle d'organisme responsable unique)
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Système de pilotage renforcé	Système de pilotage renforcé
Bases légales et stratégiques : a) les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législature). b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre. c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité). d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).	a) Loi sur l'aide en matière d'addiction, ordonnance d'exécution de la LStup ; bases stratégiques : Programme grison Addiction b) Évaluation des besoins des personnes présentant une addiction ; planification de l'offre dans le domaine de la réduction des risques c) dans le cadre du programme grison Addiction d) Cinq instruments (Stratégie addictions cantonale, évaluation des besoins, planifications de l'offre, concept du programme grison addictions, directives de qualité)	a) Loi sur l'inclusion et l'accompagnement en vigueur à partir du 1.1.2022 : obligation d'évaluer les besoins et de coordonner l'offre b) Planifications des offres/des mesures c) Expertise avec bilan intermédiaire de la réorganisation de la « Fondation Addiction NE » d) Sept instruments (Stratégie addiction nationale et cantonale, objectifs de législature, lignes directrices, planification de l'offre et des mesures, évaluations)
L'organisation au sein de l'administration cantonale a) Structure organisationnelle b) Ressources humaines	a) Coordination : délégué·e aux problèmes des addictions au sein du service social groupe de pilotage interdépartemental et groupe de travail Programme Grisons Addictions 2021-24, b) Table ronde sur les addictions, table ronde sur les « enfants et adolescent·es issu·es de familles touchées par l'addiction »	a) Coordination : par Service de l'accompagnement et de l'hébergement de l'adulte ; Service de la santé publique (traitements de substitution., promotion de la santé) ; Commission cantonale des addictions b) Postes dans les offices cités, délégué·e cantonal·e aux problèmes des addictions auprès d'Addiction NE, commission cantonale des addictions
Prestation de services (niveau méso)	Coordination renforcée des prestations	Coordination renforcée des prestations
Coordination intracantonale : a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières) b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.	a) Conférences et formations continues pour les conseillers et conseillères en addiction des services sociaux régionaux ; groupes d'expert·es pour l'analyse des besoins, l'évaluation et la planification ; réunions du groupe de discussion du programme Grisons Addictions b) Forum sur la médecine des addictions (1x par an) ; réunion d'échange entre prestataires (services sociaux et médecine des addictions) (1x)	a) Échanges bilatéraux, discussions d'expert·es, plateformes d'échange (2x à 10x par an) b) Réunions thématiques mensuelles par Addictions NE, la fondation « Ressource & FADS » en présence des prestataires et des offices
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Délégation avec quelques directives cantonales	Centre d'évaluation en cours de planification
a) Centres d'évaluation ; b) Information des prestataires de soins de premier recours.	a) pas de service d'évaluation, parfois des directives cantonales pour les évaluations (systèmes de gestion de la qualité) b) La mise en réseau, l'information et la formation continue des prestataires de soins de premier recours sont principalement assurées par le Forum de médecine des addictions de la Suisse orientale.	a) Une base légale existe, mise en place d'un centre d'indication central en cours de planification, actuellement : évaluations des prestataires b) Les psychiatres du Centre psychiatrique neuchâtelois exercent dans des cabinets de groupe de médecine générale.
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage renforcé du système et des prestations	Pilotage renforcé du système et des prestations

7.5 Type 5 : les cantons pratiquant un pilotage ample

Pilotage cantonal ample : les cantons pratiquant un pilotage ample disposent de bases légales spécifiques aux addictions et/ou de toute une série de bases stratégiques. Comme dans les cantons disposant d'un pilotage du système et d'une coordination des prestations renforcés, le pilotage de la politique des addictions est basé sur un programme, mandaté par le Conseil d'État et fait systématiquement l'objet d'un contrôle. Ces cantons utilisent simultanément plusieurs instruments de mise en œuvre stratégique : par exemple des analyses régulières des besoins, des planifications de l'offre, des planifications de mesures, des objectifs de législature (y compris des controllings stratégiques), des monitorages des développements basés sur des données ou des évaluations sur des questions spécifiques de la politique cantonale des addictions. Sur les dix instruments cités dans le questionnaire et pouvant servir de bases stratégiques, ces cantons en appliquent sept à neuf. Ces cantons disposent donc d'une palette complète de bases stratégiques qui sont régulièrement appliquées.

L'organisation des tâches de pilotage liées à l'aide en matière d'addictions au sein de l'administration cantonale se caractérise par une structure organisationnelle différenciée à plusieurs niveaux, avec plusieurs services. Ceux-ci peuvent en outre dépendre de différents départements ou offices, par exemple de l'Office de la santé ou des affaires sociales, et présenter ainsi un réseau interdépartemental. Dans cette structure organisationnelle élaborée, des ressources humaines substantielles sont mises à disposition.

La fourniture de prestations : les services de l'administration cantonale mettent en œuvre une mise en réseau systématique des prestataires sous de nombreuses formes et dans de multiples comités : des plateformes d'information, des conférences, des réunions de réseau, des groupes de travail, etc. et favorisent systématiquement les échanges entre les prestataires. Les organismes prestataires peuvent être organisés sous la forme de groupes d'intérêt ou de réseaux spécialisés.

La gestion/coordination des cas : pour certains groupes cibles, une évaluation centrale suivie d'une coordination des cas est mise en place. L'évaluation se fait à l'aide d'un instrument d'évaluation standardisé, qui correspond généralement aux normes internationales. Par ailleurs, certains cantons de ce type proposent dans certains cas un case management accompagnant le cas. L'information des prestataires de soins primaires, tels que les médecins de famille, les services sociaux ou d'autres centres de consultation spécialisés dans le domaine social ou de la santé, passe par différentes activités : par exemple, par des activités de mise en réseau des services cantonaux, par le Forum régional de médecine des addictions ou par des services spécialisés ayant pour mission spécifique d'informer, de conseiller ou de former (comme le centre de compétence REL'IER dans le canton de Vaud).

Conclusions : ces cantons se distinguent par un pilotage de la politique cantonale des addictions basé sur un programme, qui repose sur de nombreuses bases légales et/ou stratégiques. En règle générale, le pilotage a été mandaté par le Conseil d'État et sa mise en œuvre fait régulièrement l'objet d'un contrôle. De la sorte, le développement de la politique cantonale en matière d'addictions s'institutionnalise de manière durable. La mise en œuvre organisationnelle dans les administrations cantonales s'effectue en général par le biais d'une structure organisationnelle différenciée dotée de plusieurs offices ou services, parfois interdépartementale. Des ressources définies et substantielles en postes de travail sont mises à disposition. Contrairement aux cantons qui ont renforcé leur coordination des systèmes et des prestations, on trouve dans ces cantons, au niveau des cas, pour certaines situations de cas, une évaluation centralisée qui applique un instrument d'évaluation standardisé et la coordination des cas

qui s'ensuit. Avec le modèle de l'organisme responsable unique, le canton du Valais occupe une position quelque peu particulière pour ce type, car dans le cadre de ce modèle d'organisation, différentes tâches du canton sont confiées à un organisme responsable privé.

Indices du potentiel de développement : en raison de leur degré d'institutionnalisation dans le pilotage de l'aide en matière d'addiction aux trois niveaux, ces cantons peuvent être qualifiés d'*innovateurs*. Dans certaines circonstances, les modèles développés par ces cantons peuvent – au sens d'une « bonne pratique » – servir d'inspiration à d'autres cantons pour des développements ultérieurs. Ces cantons aussi peuvent se développer davantage : par exemple au niveau des systèmes de case management ; et pour les cantons avec un modèle d'organisme responsable unique, il est recommandé de réfléchir régulièrement à la collaboration avec les instances responsables du canton et les autres institutions fournissant des prestations dans le canton.

Dans la région Suisse du Nord-Ouest / Plateau, le canton de Bâle-Ville et, en Suisse occidentale, les cantons de Fribourg, Vaud et Valais peuvent être classés dans cette catégorie. Dans le cas du canton du Valais, il s'agit d'un modèle à organisme responsable unique.

Caractéristiques du pilotage cantonal	Fribourg	Vaud
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Système de pilotage très renforcé	Système de pilotage renforcé
Bases légales et stratégiques : a) les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législature). b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre. c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité). d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).	a) Le Conseil d'État a lancé en 2012 un projet de coordination pour l'aide en matière d'addiction et de bases stratégiques complètes ; mise en œuvre systématique / planification des mesures b) Analyses des besoins et rapports de planification c) Rapports de monitoring et d'évaluation d) 9 instruments (Stratégie addictions nationale et cantonale, charte, contrôle stratégique, plan de mesures, analyses des besoins, planification de l'offre, évaluation, objectifs de législation)	a) Le Conseil d'État a adopté en 2021 le plan d'action « Aide dans le domaine des addictions » 2022-2026, qui couvre les quatre piliers de la politique des addictions. b) Analyses des besoins et rapports de planification c) Rapports d'évaluation et de monitoring par Unisanté d) 8 instruments (Stratégie addictions nationale et cantonale, charte, contrôle stratégique, analyses des besoins, évaluation, rapports sur l'efficacité, monitoring en cours)
L'organisation au sein de l'administration cantonale a) Structure organisationnelle b) Ressources humaines	a) Avec le dispositif cantonal de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction, il existe une structure organisationnelle différenciée avec différents services spécialisés au sein de l'administration cantonale, la commission cantonale pour les questions d'addiction b.) Organe cantonal de pilotage « Aide en matière d'addictions », groupe de pilotage, groupes de travail et commission des questions d'addiction	a) Structure organisationnelle à plusieurs niveaux au sein du « département de la santé et des actions sociales », pilotage par les deux chargés de mission au sein de l'office de la santé et des affaires sociales b.) Divers services spécialisés au sein de l'Office de la santé et des affaires sociales ; organisation de projet du plan d'action « Aide en matière d'addiction 2022-2026 »
Prestation de services (niveau méso)	Coordination très renforcée des prestations	Coordination renforcée des prestations
Coordination intracantonale : a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières) b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.	a) Le dispositif cantonal a également pour mission de mettre systématiquement en réseau tous les acteurs et actrices (nombreuses manifestations, groupes de travail, etc.) b) Informations régulières & conférence annuelle du « Forum sur les addictions » (organismes responsables : prestataires de soins et services publics) ; Service du médecin cantonal : offres de formation continue	a) Les services de l'administration cantonale mettent les prestataires systématiquement en réseau sous de nombreuses formes et dans de multiples comités : plateformes d'information, conférences, réunions de réseau, groupes de travail, etc. b) diverses offres de mise en réseau de la Fédération vaudoise des organismes privés pour personnes en difficulté et de la Fédération des institutions psychosociales
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Évaluation centralisée et coordination	Évaluation centralisée et coordination
a) Centres d'évaluation ; b) Information des prestataires de soins de premier recours.	a) Centre d'évaluation des besoins « Addictions » pour trois groupes cibles (jeunes, adultes et personnes incarcérées) b) nombreuses offres d'information et de formation (par ex. le forum addictions), en projet : équipes de conseil mobiles	a) Dispositif Cantonal Vaudois d'Indication et de Suivi en Addictologie (DCISA) b) de nombreuses offres d'information et de formation, notamment par le biais du centre de compétence REL'IER
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage ample	Pilotage ample

Caractéristiques du pilotage cantonal	Valais (modèle d'organisme responsable unique)	Bâle-Ville
Pilotage global cantonal (niveau macro)	Système de pilotage renforcé	Système de pilotage très renforcé
<p>Bases légales et stratégiques :</p> <p>a) les bases stratégiques dictées par le gouvernement (par ex. les lignes directrices, la stratégie ou le programme de législation).</p> <p>b) Les analyses des besoins et les planifications de l'offre.</p> <p>c) La veille systématique des développements (p.ex. les rapports statistiques, les monitorages, les évaluations, les rapports sur l'efficacité).</p> <p>d) Le nombre d'instruments stratégiques utilisés (sur 10 instruments cités dans le questionnaire).</p>	<p>a) Loi sur l'intégration des personnes handicapées, concept d'intervention dans le domaine des addictions avec charte</p> <p>b) Rapports de planification tous les quatre ans</p> <p>c) Expertises externes sur la mise en œuvre de la politique en matière d'addiction, rapport statistique</p> <p>d) Sept instruments (stratégie nationale, lignes directrices, objectifs de législation, plan de mesures, planification de l'offre, évaluation et rapport d'efficacité).</p>	<p>a) Loi sur l'alcool et les drogues : mise en place d'une unité de coordination ; service des addictions au sein du département de la santé (planification, coordination et gestion de l'offre, évaluation et conseil, exécution).</p> <p>b) Analyses des besoins et planifications de l'offre.</p> <p>c) Rapport de monitoring des addictions ; évaluations.</p> <p>d) Neuf instruments (Stratégie nationale Addictions, lignes directrices, objectifs de la législation, contrôle stratégique, stratégie des services, analyse des besoins, planification de l'offre, évaluation).</p>
<p>L'organisation au sein de l'administration cantonale</p> <p>a) Structure organisationnelle</p> <p>b) Ressources humaines</p>	<p>a) Service de l'action sociale dans le dép. « Santé, affaires sociales et culture », depuis 2012 délégation à un organisme responsable avec un large mandat de prestations « Fondation Addictions Valais » (regroupement de cinq établis.)</p> <p>b) Service de l'action sociale, notamment le centre de planification « Fondation Addiction Valais »</p>	<p>a) Pilotage de la Division Addictions et de la Division Prévention au sein du Département de la Santé, interface avec la Division Aide aux personnes en situation de handicap et Aide Sociale ; comité de direction interdépartemental Addictions avec 5 groupes spécialisés et groupe de pilotage publics</p> <p>b) Services spécialisés des structures de direction dans le domaine des addictions (mandat du Conseil d'État)</p>
Prestation de services (niveau méso)	Coordination renforcée des prestations	Coordination très renforcée des prestations
<p>Coordination intracantonale :</p> <p>a) Organisation de la mise en réseau par le canton (p. ex. les séances d'information/d'échange régulières)</p> <p>b) Échange concernant les prestations ou coordination de celles-ci entre les prestataires.</p>	<p>a) Modèle d'organisme à responsabilité unique, c'est-à-dire faible besoin de coordination externe, surtout avec l'Hôpital du Valais et la fondation « Chez Paou »</p> <p>b) Modèle d'organisme responsable unique, c'est-à-dire coordination intra-organisationnelle (par ex. entre les offres ambulatoires et résidentielles)</p>	<p>a) Échange entre les responsables d'institutions spécialisées dans les addictions (2x par an) ; formations continues pour les professionnel·les de l'aide en matière d'addiction (2x par an) ; forum sur la médecine des addictions (irrégulier) ; échanges bilatéraux avec les prestataires ; groupes d'expert·es ; colloques pour les professionnel·les et les personnes concernées (1x) ; échanges et manifestations pour le public (2x par an).</p> <p>b) Conférences spécialisées, manifestations de mise en réseau des prestataires selon les besoins</p>
Gestion/coordination des cas (niveau micro)	Évaluation centralisée et coordination	Évaluation centralisée et coordination
<p>c) Centres d'évaluation ;</p> <p>d) Information des prestataires de soins de premier recours.</p>	<p>a) Concept d'intervention : outil d'évaluation systématique, définition du processus d'orientation et de suivi</p> <p>b) Formation continue « Addiction Valais » propose des informations dans le domaine de la formation, de la médecine sociale et des entreprises</p>	<p>a) Évaluations avec détermination des besoins individuels (IHP), service des dépendances : pour les évaluations KESB, un Case-Management</p> <p>b) La mise en réseau, l'information et la formation continue des prestataires de soins de premier recours sont principalement assurées par le Forum de médecine des addictions de la Suisse du Nord-Ouest.</p>
Type d'organisation cantonale de l'aide en matière d'addictions	Pilotage ample	Pilotage ample

7.6 Synthèse : le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions par les cantons

En Suisse, différentes formes de pilotage du domaine de l'aide en matière d'addiction par les cantons se sont établies. L'analyse comparative des instruments et des pratiques de pilotage au niveau du système global, de la fourniture des prestations et de la gestion des cas a permis de mettre en évidence que les cantons se distinguent notamment par le *degré d'institutionnalisation du pilotage*. Cinq types de pilotage cantonal ont été identifiés.

Type 1 : les cantons pratiquant un pilotage de base : au niveau de *l'ensemble du système cantonal*, ces cantons s'appuient principalement sur des bases nationales telles que la loi sur les stupéfiants et la stratégie nationale des addictions et procèdent de manière isolée ou irrégulière à des analyses des besoins et des offres. L'observation des changements dans le domaine des addictions est assurée par les délégués et déléguées cantonales aux problèmes des addictions, pour autant que ce poste soit occupé et que le taux d'occupation partiel dont la fonction est dotée le permette. La *coordination et la mise en réseau intracantonale de la fourniture de prestations* se déroulent dans le cadre d'échanges bilatéraux entre les délégués et déléguées cantonales aux problèmes des addictions et les organisations prestataires, ainsi que dans le cadre de coopérations autogérées et d'événements de mise en réseau de la fourniture de prestations. La coordination et le pilotage des cas sont délégués aux organisations prestataires.

Type 2 : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi, sans gestion des cas : au niveau de *l'ensemble du système cantonal*, ces cantons disposent de bases stratégiques, des analyses des besoins et des offres sont réalisées de manière irrégulière ou thématique et les délégués et déléguées cantonales aux problèmes des addictions utilisent leurs propres instruments de contrôle et d'évaluation dans leur domaine de compétence. Dans ces cantons, l'aide en matière d'addiction est rattachée à plusieurs offices ou services spécialisés et la coordination interdépartementale fait généralement partie des tâches des délégués et déléguées aux problèmes des addictions. La *coordination et la mise en réseau de la fourniture de prestations à l'intérieur du canton* sont encouragées par le canton moyennant des manifestations occasionnelles, et des coopérations et des mises en réseau des prestataires se déroulent de manière autogérée. La coordination et le pilotage des cas sont délégués aux organisations prestataires.

Type 3 : les cantons pratiquant un pilotage de base élargi et équipés d'un dispositif de gestion des cas : au niveau du *système cantonal global* et au niveau de la *coordination et de la mise en réseau intracantonale de la fourniture de prestations*, on observe les mêmes formes de pilotage que dans le type 2. Dans ces cantons, le degré d'institutionnalisation du pilotage par le canton est toutefois plus élevé au niveau de la gestion des cas, car différentes approches ainsi qu'une certaine uniformisation de la *coordination et du pilotage des cas* ont lieu.

Type 4 : les cantons pratiquant un pilotage renforcé du système et des prestations : au niveau du *système cantonal global*, ces cantons disposent de bases stratégiques et légales spécifiques pour l'aide en matière d'addiction, des analyses des besoins et de l'offre sont par exemple régulièrement effectuées et une veille est systématiquement effectuée dans le

domaine des addictions. L'organisation des tâches liées à l'aide en matière d'addictions au sein de l'administration cantonale se caractérise par une structure organisationnelle différenciée à plusieurs niveaux, dotée de plusieurs services. La *coordination et la mise en réseau de la fourniture de prestations à l'intérieur du canton* sont encouragées par le canton sous la forme de manifestations et de rencontres, et des coopérations et des mises en réseau des prestataires se déroulent de manière autogérée. Dans ces cantons, la coordination et le pilotage des cas sont délégués aux organisations prestataires.

Type 5 : les cantons pratiquant un pilotage ample : le degré d'institutionnalisation du pilotage de ces cantons correspond au type 4 au niveau du *système cantonal global* et au niveau de la *coordination et de la mise en réseau intracantonale de la fourniture de prestations*. Au niveau de la *coordination et du pilotage des cas*, ces cantons ont toutefois mis en place, pour certains groupes cibles et surtout dans un contexte résidentiel, une évaluation centrale suivie d'une coordination des cas. En outre, différents instruments sont mis en œuvre pour informer les prestataires de soins voisins ou complémentaires.

Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble des cinq types de pilotage cantonal de l'aide en matière d'addictions.

Caractéristiques du pilotage cantonal	Pilotage fondamental (UR, SZ, NW, OW, SH, AR, ZH)	Pilotage de base élargi, sans gestion de cas (TG, SG, BE)	Pilotage de base élargi avec dispositif de gestion des cas (AG, SO, BL, JU)	Pilotage renforcé des prestations et du système (LU, ZG, GR, NE)	Pilotage ample (FR, VD, VS, BS)
Pilotage global cantonal :	À peine quelques bases stratégiques, Structure organisationnelle de base	Bases stratégiques Structure organisationnelle de base	Bases stratégiques, structure organisationnelle de base	Système de pilotage renforcé	Système de pilotage renforcé
a) Bases légales et stratégiques :	a) Principalement orienté vers les bases nationales, pratiquement aucune base cantonale	a) Existence d'une sélection de bases stratégiques cantonales ;	a) Existence d'une sélection de bases stratégiques cantonales ;	a) Existence de bases légales et/ou stratégiques spécifiques.	a) Existence de bases légales et/ou stratégiques spécifiques.
b) analyses des besoins et planifications de l'offre	b) De manière isolée et irrégulière	b) Irrégulièrement	b) Irrégulièrement	b) Planifications régulières de l'offre et des mesures.	b) Des analyses régulières des besoins, des planifications des offres et des mesures
c) Veille systématique	c) Tâche incombant au ou à la délégué-e aux problèmes des addictions, pas d'instruments standardisés.	c) Mission du délégué ou de la déléguée aux problèmes des addictions, contrôle stratégique ou évaluations	c) Mission du délégué ou de la déléguée aux problèmes des addictions, contrôle stratégique et évaluations	c) Suivi des développements et évaluations spécifiques, décisions fondées sur des données	c) Suivi des développements et évaluations spécifiques, décisions fondées sur des données
d) Organisation des tâches de pilotage	d) Délégué-e aux problèmes des addictions max. à temps partiel	d) Réparti sur plusieurs offices/services spécialisés, coordination en premier lieu par le délégué ou la déléguée aux problèmes des addictions	d) Réparti sur plusieurs offices/services spécialisés, coordination en premier lieu par le délégué ou la déléguée aux problèmes des addictions	d) Compétences et coordination interdépartementales	d) Compétences et coordination interdépartementales
Coordination intracantonale et mise en réseau de la four-niture de prestations	Coordination de base	Coordination de base et événements occasionnels d'échange / de mise en réseau	Coordination de base et événements occasionnels d'échange / de mise en réseau	Coordination renforcée des prestations	Coordination renforcée des prestations
a) Encouragement par le can-ton de la mise en réseau	a) Dans le cadre d'échanges bilatéraux ou en rapport avec les cas.	a) Encouragement à la mise en réseau moyennant des événements occasionnels	a) Encouragement à la mise en réseau moyennant des événements occasionnels	a) Encouragement à la mise en réseau moyennant de nombreux événements	a) Encouragement à la mise en réseau moyennant de nombreux événements
b) Coordination autogérée des échanges ou des prestations entre les prestataires de services.	b) Mise en réseau autogérée moyennant des événements occasionnels	b) Mise en réseau autogérée moyennant des événements occasionnels	b) Mise en réseau autogérée moyennant des événements occasionnels	b) Mise en réseau autogérée moyennant de nombreux événements	b) Mise en réseau autogérée moyennant de nombreux événements
Coordination/gestion des cas	Délégation aux prestataires	Délégation aux prestataires	Approches de la gestion des cas	Délégation aux prestataires	Centre de coordination des cas
a) Centres d'évaluation	a) Délégation aux prestataires	a) Aucun centre d'évaluation, délégation aux prestataires	a) Approches de la gestion des cas	a) Délégation aux prestataires	a) Centre d'évaluation
b) Information des prestataires de soins de premier recours.	b) En règle générale, via le forum régional de la médecine des addictions	b) En règle générale, par le biais du forum régional de médecine des addictions et, en partie, par un soutien / des mesures supplémentaires	b) En règle générale, par le biais du forum régional de médecine des addictions et, en partie, par un soutien / des mesures supplémentaires	b) Diverses mesures, notamment via le forum régional de la médecine des addictions	b) Diverses mesures, notamment via le forum régional de la médecine des addictions

8 Les lacunes de l'offre et les tendances de développement axées sur les besoins

Les *chapitres 6 et 7* ont clairement montré que la Suisse dispose d'un système de soins différencié, diversifié et professionnel dans le domaine de l'aide en matière d'addiction. Ils ont également mis en évidence que les paysages de l'offre diffèrent en outre selon les cantons et que les pilotages de l'offre par les cantons sont institutionnalisés de manière différente. Afin de déceler d'éventuelles *pistes de développement communes*, nous présentons ci-après les lacunes de l'offre et les tendances de développement axées sur les besoins, qui sont apparues le plus souvent dans le cadre des comparaisons entre cantons.

Tout d'abord, les lacunes de l'offre et le pronostic de l'évolution des besoins dans les différents types d'offres sont présentés pour le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » (*section 8.1*). La base de données est constituée par les enquêtes écrites menées auprès des prestataires du domaine cible sous la forme d'autodéclarations. Dans un deuxième temps, nous nous penchons sur les *lacunes de l'offre* au sein de l'ensemble du système d'aide en matière d'addictions, que les expert·es ont signalées lors des 20 entretiens de groupe de discussion (*section 8.2*). Les dernières sections de ce chapitre présentent *les tendances de développement axés sur les besoins*, qui ont été discutées par les expert·es dans les groupes de discussion. Une distinction est faite entre les *tendances relatives au contenu* (*section 8.3*) et les *tendances structurelles* (*section 8.4*).

Limitations : les résultats du présent chapitre se fondent sur l'*évaluation professionnelle* des responsables dans les cantons, des organisations prestataires interrogées dans le domaine cible ainsi que des expertes et experts cantonaux de l'aide en matière d'addiction. L'enquête menée auprès des prestataires de services dans le domaine cible ainsi que les discussions des groupes de discussion ont eu lieu entre l'automne 2021 et le printemps 2022. Durant cette période, la pandémie de Covid-19 se faisait encore nettement sentir. Il convient de tenir compte des distorsions dues au Covid-19, notamment en ce qui concerne les résultats relatifs au taux d'occupation, l'estimation de l'évolution des besoins et les tendances perçues, en particulier en ce qui concerne les groupes d'âge des enfants, des adolescent·es et des jeunes adultes. En outre, les analyses et les résultats pour le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement » reposent sur les auto-déclarations des prestataires interrogé·es.

8.1 L'évaluation des lacunes de l'offre et des besoins dans le domaine cible

8.1.1 L'évaluation des lacunes de l'offre

Dans le cadre de l'enquête (B2), les prestataires d'aide en matière d'addiction du domaine cible ont pu noter si, de leur point de vue, leur type d'offre de services présentait des lacunes, et si oui, lesquelles. À cet égard, les institutions prestataires pouvaient choisir entre les trois affirmations suivantes concernant les lacunes de l'offre ou l'option « aucune lacune dans l'offre ». Plusieurs réponses étaient possibles.

- La demande est plus importante que l'offre
- Les besoins et les souhaits des usagers et usagères ne peuvent être satisfaits
- Les attentes et les souhaits des instances mandantes ne peuvent être satisfaits

Les prestataires ont également eu la possibilité de décrire leurs perceptions des lacunes de l'offre dans un champ de texte libre. Afin de faciliter l'interprétation des analyses quantitatives qui ont suivi, les commentaires relatifs à la perception des lacunes de l'offre ont également été évalués selon une analyse de contenu qualitative¹⁴⁸ à l'aide du logiciel MAXQDA. Le tableau suivant résume les résultats de l'enquête auprès des prestataires. La première colonne indique, par type d'offre, le nombre total de prestataires ayant participé à l'enquête. La deuxième colonne indique le nombre de prestataires interrogé-es qui ont observé des lacunes dans l'offre de leur type. Les colonnes trois à six montrent à quelle fréquence les trois différentes options de réponse ont été mentionnées par les prestataires qui ont constaté des lacunes dans l'offre. Il convient de noter que les informations suivantes sont fournies par les institutions qui proposent ces services.

¹⁴⁸ L'analyse de contenu qualitative a été réalisée par trois personnes de l'équipe de recherche, dans le cadre de processus de travail distincts, dans le souci d'assurer la fiabilité interjuges.

Tableau 28 : la perception que les prestataires ont des lacunes de l'offre dans le domaine cible

Type de l'offre de services (n = total du nombre de prestataires du type d'offre qui ont participé à l'enquête)	Pourcentage des prestataires qui perçoivent des lacunes dans l'offre	Pourcentage de prestataires ayant choisi l'option de réponse suivante :			
		La demande est plus importante que l'offre	Les besoins et les souhaits des usagers et usagères ne peuvent être satisfaits	Les attentes et les souhaits des instances référentes ne peuvent être satisfaits	Autre
Type 1a Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction n=77	62% n=48	31%	60%	31%	35%
Type 2a Thérapie résidentielle des addictions n=37	70% n=26	27%	65%	46%	31%
Type 3 Hébergement assisté dans une institution n=66	71% n=47	40%	64%	47%	21%
Type 4 Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire n=30	53% n=16	56%	63%	44%	19%
Type 5 Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées n=32	56% n=18	44%	72%	44%	11%
Type 6 Organisations de placement familial n=4	75% n=3	67%	33%	33%	33%
Type 7 Hébergement d'urgence n=14	79% n=11	36%	64%	36%	18%
Type 8 Housing First n=6	67% n=4	75%	75%	50%	25%

Dans le type d'offre « Accompagnement et thérapie ambulatoires en matière d'addiction (type 1a) », près de deux tiers des prestataires ont perçu des lacunes dans l'offre. Sur ces 48 organisations prestataires, plus de la moitié ont indiqué qu'elles ne pouvaient pas toujours répondre aux besoins et aux souhaits de leur clientèle. Ces prestataires ont par exemple mentionné le placement exigeant de personnes âgées présentant une addiction dans des offres résidentielles. Le fait que la demande soit supérieure à l'offre et que les besoins et les attentes des services d'orientation ne puissent pas toujours être satisfaits a été observé par un tiers des prestataires. Les remarques écrites concernant l'augmentation ou la forte demande qui ne peut pas être satisfaite par les offres disponibles ont fait ressortir les raisons suivantes : stress psychique accru chez les jeunes pendant la pandémie de Covid-19, ouverture des casinos en

ligne et ressources en personnel insuffisantes dans les centres de consultation en raison de la pénurie de personnel qualifié. Un tiers des prestataires (35 %) ont observé d'autres lacunes dans l'offre d'accompagnement ambulatoire en matière d'addiction, comme l'absence d'offres de groupe ou de centres de consultation à bas seuil qui pourraient également prendre en charge les consultations dans le domaine « logement et finances ».

Dans la « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) », 70 % des 37 prestataires au total ont observé des lacunes dans l'offre. Dans ce contexte, il semblait souvent impossible de répondre aux besoins ou aux attentes de la clientèle ainsi qu'à celles des instances référentes. En ce qui concerne les souhaits et besoins non satisfaits de la clientèle, les prestataires interrogés ont fait remarquer que de nombreux *adolescent·es et jeunes adultes* avaient certes besoin d'aide, mais ne souhaitaient pas rester dans un cadre trop étroit ou « rigide ». Il paraît donc important de créer des structures aussi flexibles que possible tout en offrant une protection et un soutien suffisants et en accordant de la place à une évolution positive. Cet accès a été identifié dans les commentaires écrits comme un besoin à la fois central et stimulant pour la clientèle plus jeune. Un tiers des organisations prestataires a observé une demande trop forte dans leur type d'offre ou d'autres lacunes ou développements de l'offre ; par exemple, il a été fait référence à une augmentation des séjours en clinique pendant la thérapie sociale en raison de l'augmentation des comorbidités.

Dans le type d'offre « Hébergement assisté dans une institution (type 3) », la majorité (71 %) des 66 prestataires au total a également signalé des lacunes dans l'offre. Dans ce type d'offre également, des attentes et des besoins non satisfaits de la clientèle et des services d'orientation ont été constatés. À titre d'exemple, il a été mentionné que les demandes de mères présentant une addiction et ayant un nourrisson n'ont pas pu être prises en compte. Sur les 47 organisations prestataires qui ont constaté des lacunes dans l'offre, 40 % ont perçu une demande supérieure à l'offre disponible et 21 % ont observé d'autres lacunes dans l'offre. À cet égard, les commentaires écrits ont fait référence à plusieurs reprises au manque de places adéquates pour les personnes âgées, en perte d'autonomie ou nécessitant des soins (partiels) et souffrant d'une addiction. En outre, la difficulté d'accès aux services psychiatriques et thérapeutiques pour les jeunes consommateurs et consommatrices a été décrite comme un défi.

Environ la moitié (53 %) des 30 prestataires interrogés pour le type d'offre « Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » ont perçu des lacunes dans l'offre de leur type. Parmi ces prestataires, près des deux tiers (63 %) des prestataires ont constaté qu'il n'était pas toujours possible de répondre aux besoins et aux souhaits de leur clientèle et 56 % ont noté que la demande était supérieure à l'offre actuelle. Un peu moins souvent (44 %), les prestataires ont observé que les attentes des instances référentes n'avaient pas pu être satisfaites et un cinquième (19 %) a constaté d'autres lacunes dans l'offre. Selon plusieurs prestataires, il manque par exemple des offres financables pour les personnes qui touchent une rente, les prestations complémentaires n'apportant qu'une faible contribution à l'hébergement proposant un accompagnement.

Parmi les 32 prestataires du type d'offre « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » 18 perçoivent des lacunes de soins formulées dans leur type d'offre. Le plus souvent (72 %), des lacunes observées concernent les besoins et les souhaits de la clientèle. Les lacunes dans l'offre dues à une demande trop élevée et à des attentes non satisfaites de la part des instances référentes ont été citées à parts égales (44 % chacune). Il ressort des

remarques écrites qu'il existe des difficultés de financement pour l'accompagnement des personnes bénéficiant de prestations complémentaires.

Trois des quatre organisations prestataires du type d'offre « Organisations de placement familial (type 6) » ont noté des lacunes dans leur offre. Deux institutions ont perçu une demande supérieure à l'offre disponible. Il a notamment été remarqué que des offres s'adressant aux jeunes à partir de douze ans faisaient défaut.

Parmi les 14 prestataires du type d'offre « hébergement d'urgence (type 7) », la majorité (79 %) a perçu des lacunes dans l'offre. Les prestataires interrogés ont souligné l'absence d'un lieu de séjour à l'intérieur pendant la journée, d'offres pour les sans-abris accompagnés d'animaux (surtout de chiens) et d'offres pour la clientèle récalcitrante et encline à la violence.

Pour le type d'offre « Housing First (type 8) », six prestataires au total ont participé à l'enquête. Quatre ont observé des lacunes dans l'offre. En ce qui concerne la forte demande, les prestataires interrogés ont surtout fait remarquer qu'il manquait en général des possibilités de logement abordables et inconditionnelles pour les personnes présentant une addiction (non disposées à changer).

8.1.2 Estimation de l'évolution des besoins jusqu'en 2024

Afin de déterminer l'évolution des besoins dans les types d'offres du domaine ciblé « Thérapie, conseil et hébergement », il a été demandé aux institutions prestataires (questionnaire B2) d'estimer quelle sera l'évolution du nombre de cas ou de places dans leur offre au cours des trois prochaines années. Les prestataires avaient la possibilité d'indiquer si le taux d'utilisation/occupation dans leur type d'offre augmenterait (flèche vers le haut), diminuerait (flèche vers le bas) ou resterait stable (flèche dans les deux sens). Les tableaux suivants montrent l'estimation moyenne du taux d'occupation/utilisation futur par type d'offre et par région (Plateau / Suisse du Nord-Ouest, Suisse orientale, Suisse occidentale, Suisse centrale). Le nombre total de prestataires interrogé·es qui ont donné une estimation du taux d'occupation/utilisation pour l'année correspondante est représenté par « $n =$ ». Les données suivantes doivent être considérées comme une auto-déclaration des institutions prestataires. Pour mieux les classer, les champs de commentaires ouverts, dans lesquels les prestataires interrogé·es pouvaient justifier leur estimation, ont été évalués au moyen d'une analyse de contenu qualitative.

Tableau 29 : l'estimation du taux d'occupation/utilisation futur dans les régions Plateau/Suisse du Nord-Ouest et en Suisse occidentale

Type de l'offre	Ø Estimation du taux d'utilisation/occupation de l'offre					
	Plateau / Nord-Ouest de la Suisse			Suisse occidentale		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Type 1a Accompagnement ambulatoire en matière d'addiction et thérapie des addictions <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 29 ; 2023 : n= 24 ; 2024 : n= 21 <i>Suisse occidentale :</i> 2022 : n= 15 ; 2023 : n= 15 ; 2024 : n= 13	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Type 2a Thérapie résidentielle des addictions <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 16 ; 2023 : n= 12 ; 2024 : n= 9 <i>Suisse occidentale :</i> 2022 : n= 12 ; 2023 : n= 12 ; 2024 : n= 7	↑	↑	↑	↑	↑	↔
Type 3 Hébergement assisté dans une institution <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 39 ; 2023 : n= 33 ; 2024 : n= 28 <i>Suisse occidentale :</i> 2022 : n= 6 ; 2023 : n= 6 ; 2024 : n= 6	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Type 4 Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 25 ; 2023 : n= 23 ; 2024 : n= 18 <i>Suisse occidentale :</i> 2022 : n= 1 ; 2023 : n= 1 ; 2024 : n= 1	↔	↑	↑	↑	↑	↑
Type 5 Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 25 ; 2023 : n= 23 ; 2024 : n= 18 <i>Suisse occidentale :</i> 2022 : n= 1 ; 2023 : n= 1 ; 2024 : n= 1	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Type 6 Organismes de placement familial <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 4 ; 2023 : n= 4 ; 2024 : n= 2 <i>Suisse occidentale :</i> 2022 : n= 0 ; 2023 : n= 0 ; 2024 : n= 0	↑	↑	↑	Aucune offre	Aucune offre	Aucune offre
Type 7 Hébergements d'urgence <i>Plateau / Nord-Ouest de la Suisse ;</i> 2022 : n= 8 ; 2023 : n= 8 ; 2024 : n= 6 <i>Suisse occidentale :</i> 2022 : n= 3 ; 2023 : n= 3 ; 2024 : n= 3	↔	↑	↔	↑	↑	↑
Type 8 <i>Housing First</i> <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 2 ; 2023 : n= 1 ; 2024 : n= 0 <i>Suisse occidentale :</i> 2022 : n= 3 ; 2023 : n= 3 ; 2024 : n= 3	↔	↑	Aucune donnée	↑	↑	↑

Tableau 30 : l'estimation du taux d'occupation/utilisation futur par type d'offre dans les régions de Suisse orientale/centrale

Type de l'offre de services	Ø Estimation du taux d'utilisation/occupation de l'offre					
	Suisse orientale			Suisse centrale		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Type 1a Accompagnement et thérapie ambulatoire en matière d'addiction <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 22 ; 2023 : n= 21 ; 2024 : n= 15 <i>Suisse centrale :</i> 2022 : n= 14 ; 2023 : n= 14 ; 2024 : n= 12	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Type 2a Thérapie résidentielle des addictions <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 2 ; 2023 : n= 2 ; 2024 : n= 1 <i>Suisse centrale</i> 2022 : n= 4 ; 2023 : n= 4 ; 2024 : n= 4	↑	↑	↔	↑	↔	↔
Type 3 Hébergement assisté dans une institution <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 16 ; 2023 : n= 16 ; 2024 : n= 15 <i>Suisse centrale :</i> 2022 : n= 4 ; 2023 : n= 4 ; 2024 : n= 4	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Type 4 Hébergement dans une institution proposant un accompagnement ambulatoire <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 3 ; 2023 : n= 3 ; 2024 : n= 3 <i>Suisse centrale :</i> 2022 : n= 1 ; 2023 : n= 1 ; 2024 : n= 1	↑	↑	↑	↔	↔	↔
Type 5 Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 1 ; 2023 : n= 1 ; 2024 : n= 1 <i>Suisse centrale :</i> 2022 : n= 3 ; 2023 : n= 3 ; 2024 : n= 2	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Type 6 Organismes de placement familial <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 0 ; 2023 : n= 0 ; 2024 : n= 0 <i>Suisse centrale :</i> 2022 : n= 0 ; 2023 : n= 0 ; 2024 : n= 0	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune offre	Aucune offre	Aucune offre
Type 7 Hébergements d'urgence <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 2 ; 2023 : n= 1 ; 2024 : n= 1 <i>Suisse centrale :</i> 2022 : n= 0 ; 2023 : n= 0 ; 2024 : n= 0	↑	↔	↔	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
Type 8 Housing First <i>Plateau / Suisse du Nord-Ouest ;</i> 2022 : n= 0 ; 2023 : n= 0 ; 2024 : n= 0 <i>Suisse centrale :</i> 2022 : n= 15 ; 2023 : n= 15 ; 2024 : n= 0	↔	Aucune offre	Aucune offre	Aucune donnée	↑	Aucune donnée

Dans la région du Plateau / Nord-Ouest de la Suisse, les types d'offre « Hébergement d'urgence (type 7) » et « Housing First (type 8) » étaient les plus susceptibles de voir leur taux d'occupation se maintenir. Pour toutes les autres offres, une augmentation de l'utilisation a été prévue pour les prochaines années. En Suisse orientale et centrale également, les prestataires ont estimé que le taux d'occupation/utilisation des offres était en hausse dans la plupart des types d'offres. Dans les deux régions, le taux d'occupation/utilisation dans le type d'offre

« thérapie résidentielle des addictions » a été estimé comme étant stable au plus tard à partir de 2023. En outre, un statu quo a été prédit pour les années à venir dans l'offre « Hébergements d'urgence (type 7) » en Suisse orientale et dans le type d'offre « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » en Suisse centrale. Les organisations prestataires interrogées n'ont pas toutes commenté leurs estimations concernant l'évolution future des besoins. Indépendamment du type d'offre, il a souvent été fait référence à la baisse de la demande pendant les années 2020/2021 (la pandémie de Covid-19). C'est pourquoi on s'attend durant les années à venir à une augmentation jusqu'au niveau connu avant la pandémie de Covid-19. Une augmentation de la demande a également été justifiée dans presque tous les types d'offres par l'augmentation générale de la charge psychique (surtout chez les jeunes) dans la société. Dans ce contexte, certains prestataires ont à nouveau fait référence à la pandémie de Covid-19, au cours de laquelle la charge psychique a augmenté. Pour une classification supplémentaire des résultats, le tableau suivant présente certaines remarques des prestataires par type d'offre.

Tableau 31 : description des développements actuels pertinents au regard des besoins

Type de l'offre de services	Description des développements actuels par les prestataires interrogés
Type 1a Consultations ambulatoires en matière d'addiction et thérapie des addictions	On constate un renforcement progressif de l'ambulatoire qui entraîne une forte demande et un élargissement de l'offre : de plus en plus de tâches devraient être prises en charge par l'aide sociale ou par d'autres services d'aide en matière d'addiction, par exemple pour la recherche d'un hébergement, la gestion des finances ou dans le contexte de l'activité professionnelle. En outre, on observe une augmentation des addictions comportementales dans le domaine des jeux de hasard ainsi que du nombre de consultations parentales concernant l'utilisation problématique des médias numériques/des jeux vidéo.
Type 2a Thérapie résidentielle des addictions	Il est difficile d'estimer la demande future, car elle dépend de la volonté de financement de ceux qui supportent les coûts. On observe une tendance à la baisse de la volonté des organismes payeurs de financer les thérapies sociales. En raison de séjours plus brefs dans des thérapies financées par la LAMal, on constate en outre l'absence de phases de stabilisation, ce qui augmenterait la demande de thérapies résidentielles en matière d'addiction.
Types 3 et 4 Hébergement assisté dans une institution et hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire	Les cas avaient tendance à nécessiter une aide plus conséquente (comorbidités). Cette situation nécessiterait davantage de ressources. En raison des modèles de financement de certains cantons, toutes les personnes concernées ne pourraient pas bénéficier d'une offre d'hébergement dans une institution. La demande réelle serait plus élevée s'il n'y avait pas de risque d'endettement pour la clientèle.
Type 5 Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées	Les besoins devraient augmenter en raison de l'orientation croissante vers le financement par l'individu. On observe une croissance progressive de l'ambulatoire ; d'une part pour des raisons de coûts, d'autre part parce qu'il y a de plus en plus de personnes concernées qui souhaitent être accompagnées et traitées dans leur environnement habituel (famille, lieu de résidence, etc.).
Type 6 Organismes de placement familial	La proportion de mineurs dans les offres est en augmentation.
Type 7 Hébergements d'urgence	Le taux d'occupation/utilisation est soumis à des fluctuations et l'on perçoit ponctuellement une surcharge de l'offre.
Type 8 <i>Housing First</i>	Le besoin augmentera dès la mise en place d'une offre destinée à une clientèle plus jeune. En raison de l'évolution sociodémographique et épidémiologique, la demande augmente plus rapidement que les institutions actuelles d'aide en matière d'addiction ne peuvent répondre. Des offres telles que Housing First seraient donc d'autant plus importantes à l'avenir. La très forte demande se traduit par de longues listes d'attente.

Conclusion intermédiaire : les lacunes de l'offre et le développement des besoins dans le domaine cible

Dans le domaine cible « Thérapie, conseil et hébergement », la majorité des organisations prestataires identifiaient des lacunes dans l'offre au moment de l'enquête et s'attendaient à une augmentation des besoins jusqu'en 2024. 53 % à 70 % des organismes prestataires interrogés ont perçu *des lacunes dans l'offre du type* dans lequel elles opèrent. Dans tous les types d'offres, au moins 25 % des organisations interrogées ont indiqué que la demande était supérieure à l'offre. Ce pourcentage était à son plus haut point (75 %) dans le type d'offre « Housing First (type 8) ». En outre, 60 % à 75 % des organisations prestataires ont indiqué que les besoins et les souhaits de la clientèle ne pouvaient pas être satisfaits dans le cadre de leur offre. En ce qui concerne *l'utilisation future* des offres, la plupart des prestataires interrogés s'attendent à une tendance à la hausse de l'utilisation de leurs offres jusqu'en 2024. Dans toute la Suisse, une augmentation des besoins a été constatée en particulier dans les types d'offres « Thérapie ambulatoire des addictions (type 1a) », « Hébergement assisté dans une institution (type 5) » et « accompagnement ambulatoire dans les résidences privées ».

8.2 Les lacunes dans l'offre du système d'aide en matière d'addiction

Dans le cadre des 20 entretiens de groupes de discussion (enquête partie D), les expert-es (n = 181) ont été interrogé-es sur l'état des lieux qu'ils et elles feraient de l'offre dans leur canton et sur leur perception des lacunes dans l'offre. Ces entretiens de groupe de discussion ont été évalués à l'aide d'une analyse de contenu qualitative. Les tableaux suivants montrent quelles sont les lacunes de soins les plus fréquemment constatées dans les cantons.

Tableau 32 : les lacunes dans l'offre non spécifique aux groupes cibles, mentionnées dans les entretiens avec les groupes de discussion

Domaine d'offre	Lacunes de l'offre les plus fréquemment citées (N = 20 groupes de discussion avec des experts et expertes cantonales de l'aide en matière d'addiction)
Prévention et sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes de sensibilisation et offres (innovantes) de prévention (n = 11)
Conseil et thérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Structures de suivi et offres intermédiaires (n = 18) • Offres de proximité, à bas seuil et mobiles (n = 15)
Médecine (des addictions)	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnel·les qualifié·es (n = 11) • Offre résidentielle/ambulatoire (n = 6)
Hébergement et emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Offres d'hébergement en institution pour les personnes présentant une addiction (n = 9) • Accompagnement ambulatoire (hébergement dans une institution et dans les résidences privées) (n = 8) • Offres d'hébergement inconditionnel/Housing First (n = 8) • Offres d'insertion professionnelle (n = 5)
La réduction des risques	<ul style="list-style-type: none"> • Drug Checking, hébergement d'urgence, centres de contact et d'accueil avec et sans possibilités de consommation (n = 9)

Dans le domaine de l'offre « **Prévention, information et sensibilisation** », un besoin de développement a été identifié par plus de la moitié de tous les groupes de discussion (n = 11). Selon le groupe de discussion, ce besoin s'oriente vers des offres de prévention et de sensibilisation générales ou spécifiques à des groupes cibles, par exemple pour les jeunes ou les personnes âgées, ou vers des campagnes de sensibilisation spécifiques à des tendances, par exemple la polyconsommation de médicaments chez les jeunes ou chez les personnes résidant dans des établissements médicosociaux. Les expert-es ont également souvent exprimé le souhait de voir émerger des offres plus innovantes en matière de prévention, par exemple l'intégration de pairs dans des programmes de prévention spécifiques aux groupes cibles, qui se déroulent sur le lieu de vie des personnes à risque d'addiction / touchées par une addiction (par exemple dans les entreprises d'apprentissage).

Dans le domaine « **Conseil et thérapie** » psychosociale et sociopédagogique, deux thèmes centraux ont pu être identifiés. Premièrement, deux tiers des groupes de discussion ont souligné la nécessité d'implémenter ou de développer davantage d' **offres de proximité, mobiles et à bas seuil**, afin de mieux atteindre les personnes à risque d'addiction et les personnes présentant une addiction, et de mieux faire connaître les offres d'aide cantonales ou régionales en matière d'addiction (n = 15). Selon les spécialistes interrogé-es, les groupes cibles insuffisamment atteints jusqu'à présent ne sont pas seulement les groupes particulièrement vulnérables, comme les personnes sans permis de séjour valable, mais aussi les personnes souffrant d'une dépendance qui « fonctionnent encore bien » dans la société et ne se sentent pas concernées par les offres actuelles d'aide en matière d'addiction. Dans certains

cantons, des exemples concrets ont été discutés dans ce contexte, où des offres mobiles et de proximité pourraient être davantage utilisées, notamment :

- Services des urgences
- Manifestations de loisirs
- Maisons de retraite et établissements médicosociaux
- Entreprises de restauration

Par ailleurs, dans le domaine « conseil et thérapie », presque tous les groupes de discussion ont clairement indiqué que **des structures de suivi** et des offres intermédiaires devaient être mises en place et développées dans toute la Suisse (n = 18). En particulier, il manquerait souvent des solutions de suivi à la suite d'une thérapie résidentielle des addictions (n = 9). Compte tenu de cette situation, il serait nécessaire de développer une offre de prise en charge ambulatoire pour les client·es qui travaillent ou sont employé·es dans une institution et vivent à domicile. Ce suivi serait important pour prévenir de nouvelles hospitalisations en cas de crise (« effet de porte tournante »).

Environ un groupe de discussion sur deux a abordé la question de la **pénurie de personnel qualifié** dans le domaine **de la médecine des addictions**. D'une part, la pénurie générale de personnel qualifié en médecine à l'échelle de la Suisse serait particulièrement sensible dans le domaine de la psychiatrie (juvénile) (n = 10). La pénurie de personnel qualifié dans le domaine de la psychiatrie entraîne une surcharge des établissements hospitaliers et des services ambulatoires, et les temps d'attente sont par conséquent très longs. D'autre part, il est également apparu clairement dans les groupes de discussion que la **pénurie de médecins généralistes** se faisait également sentir dans le système d'aide en matière d'addiction. La pénurie d'offre se traduirait par exemple par la difficulté à trouver un accompagnement médical pour les traitements TAO (n = 7). Dans sept groupes de discussion, il a été indiqué à cet égard que certains professionnel·les de la santé n'étaient pas prêt·es et/ou n'avaient pas les compétences nécessaires pour prendre en charge et traiter des personnes présentant une addiction ou des pathologies plus complexes. Le défaut d'une clinique de jour ou la faible capacité des cliniques de jour dans le canton ont été abordés dans trois groupes de discussion.

D'autres lacunes ont été identifiées dans les offres intermédiaires et concernent le domaine d'offre « **Hébergement, travail et emploi** ». Les expert·es interrogé·es perçoivent une forte demande d'offres d'hébergement en institution. Dans presque un entretien de groupe de discussion sur deux, une pénurie de formes appropriées d'hébergement (assisté) dans une institution a été exprimée. Par ailleurs, l'accompagnement et le suivi ambulatoires de personnes présentant une addiction dans les résidences privées et/ou des formes d'hébergement dans une institution constitueraient également une offre de suivi importante, encore insuffisante dans de nombreuses régions (n = 8). Moins enclines au changement ou présentant une maladie plus complexe, les personnes souffrant d'une addiction ont souvent plus de difficultés à trouver leur propre logement et de le garder. C'est pourquoi environ un groupe de discussion sur trois a demandé que ce groupe cible dispose d'un hébergement inconditionnel (c'est-à-dire sans conditions de thérapie, d'abstinence, etc.), comme les offres de Housing First (n = 8). Lors de cinq entretiens avec des groupes de discussion, les expert·es ont mentionné l'absence ou l'insuffisance d'offres d'insertion professionnelle pour les personnes présentant une addiction. La réinsertion professionnelle est essentielle à la réussite de la phase de stabilisation.

Dans le domaine de l'offre « **Réduction des risques** », les entretiens des groupes de discussion ont permis d'observer des lacunes dans l'offre visant à limiter la consommation (récréative) à risque (par ex. les drug checkings), les hébergements d'urgence ainsi que les offres de réduction des risques à bas seuil (par ex. les centres de contact et d'accueil avec ou sans possibilité de consommer, les offres de la « cuisine de rue ») (n = 9). D'une part, de telles offres faisaient totalement défaut dans certains cantons ou régions. D'autre part, les offres existantes devraient être plus faciles d'accès et plus accessibles (par ex. proches du lieu, anonymes, indépendantes de l'âge).

Les expertes et experts cantonaux ont également mentionné des lacunes dans l'offre destinées à certains groupes cibles. Le tableau suivant donne un aperçu des lacunes de l'offre spécifiques aux groupes cibles les plus souvent mentionnées dans les groupes de discussion.

Tableau 33 : la perception des lacunes de l'offre spécifique aux groupes cibles

Groupe cible	Les lacunes de l'offre les plus fréquemment citées (N = 20 groupes de discussion avec des experts et expertes cantonales de l'aide en matière d'addiction)
Enfants et adolescent·es	<ul style="list-style-type: none"> • Lacunes générales des soins (n = 14) <ul style="list-style-type: none"> ○ Offres de médecine des addictions (n = 3) ○ Prévention et conseil psychosocial et sociopédagogique (n = 8) ○ Les services de proximité et à bas seuil, ○ L'hébergement (n = 4) ○ La réduction des risques (n = 2)
Personnes à l'âge de la retraite	<ul style="list-style-type: none"> • Les lacunes générales des soins (n = 14) <ul style="list-style-type: none"> ○ Les services de soins et d'hébergement spécialisés (n = 12) ○ Services de proximité, programmes de sensibilisation à la consommation d'alcool et/ou à l'abus de médicaments (n = 8)
Personnes ne connaissant aucune langue nationale/n'ayant aucun permis de séjour ; personnes en procédure d'asile, réfugiées	<ul style="list-style-type: none"> • Offres en langues étrangères et offres spécialisées dans les besoins des réfugié·es et des requérant·es d'asile (n = 5)
Personnes ayant une addiction comportementale	<ul style="list-style-type: none"> • Offres spécialisées dans les addictions comportementales (n = 5)
Les mères	<ul style="list-style-type: none"> • Offres de sensibilisation (n = 2) • Offres de thérapie (thérapie résidentielle, offres d'hébergement) (n = 2)

Les lacunes les plus fréquemment citées concernant les soins spécifiques aux groupes cibles concernent les deux groupes d'âge que sont les « **enfants et adolescent·es** » et les « **personnes à l'âge de la retraite** ». Les lacunes dans ces deux groupes d'âge ont été abordées par 14 groupes de discussion. Certains groupes de discussion ont mentionné des domaines cibles de l'offre dans lesquels les expert·es ont identifié un besoin d'action. Pour le groupe des *enfants et des adolescent·es*, il s'agit en premier lieu d'offres de prévention et de conseil psychosocial et sociopédagogique qui leur sont destinées et qui ont pour objectif l'intervention précoce et l'information sur les risques, par exemple en ce qui concerne la polyconsommation ou la consommation de cigarettes électroniques, de tabac à priser ou à chiquer. Mais certains groupes de discussion ont également demandé davantage d'offres de proximité et à bas seuil, axées sur les lieux de vie (p. ex. l'école, la formation professionnelle, les médias sociaux) et les modes de vie (p. ex. les manifestations publiques de loisirs, les lieux de consommation publique) des jeunes (n = 3). En complément, les expert·es du comité consultatif II ont souligné que la prévention devrait également viser une spécialisation ou une différenciation dans la communication entre les jeunes et les adultes. Quatre groupes de discussion ont observé une augmentation de la demande de logements pour les jeunes. Celles-ci seraient

particulièrement importantes lorsque les jeunes grandissent dans des situations familiales précaires qui compromettent le succès de la thérapie ou de la phase de stabilisation. Deux groupes de discussion ont souligné que les offres actuelles de réduction des risques (par exemple le drug checking) n'étaient accessibles qu'aux adultes, ce qui entraîne un défaut de soins chez les jeunes. Les offres de réduction des risques et des dommages seraient particulièrement importantes pour ce groupe cible, car même s'il n'y a souvent pas encore d'addiction, la consommation récréative à risque est répandue. De manière générale, on peut partir du principe que le seuil d'inhibition des jeunes face à la possibilité de faire appel à un conseil et à un soutien professionnel est plus élevé que celui des adultes concernés par une addiction. Il est d'autant plus important que les offres dans le domaine de la réduction des risques et des dommages soient accessibles à toutes et tous (p. ex. proches du lieu, anonymes).

En ce qui concerne *les personnes ayant atteint l'âge de la retraite*, des mesures ont été prises pour sensibiliser ce groupe cible à la consommation (mixte) d'alcool et de médicaments à risque. Il a également été demandé que davantage de formations soient dispensées aux acteurs et actrices impliqués (p. ex. le personnel des établissements médicosociaux, de *Pro Senectute*, les médecins de famille, les professionnel·les des soins à domicile, etc.) La majorité des groupes de discussion ont souligné l'importante lacune dans l'offre d'hébergements adaptés aux personnes âgées présentant une addiction. Actuellement, les maisons de retraites et les établissements médico-sociaux ne sont généralement pas adaptés aux personnes présentant une addiction et les offres d'hébergement de l'aide en matière d'addiction ne sont pas en mesure de prendre en charge jusqu'à un âge avancé des personnes âgées qui présentent souvent des comorbidités liées à l'âge (notamment en raison du manque de ressources financières ou de personnel qualifié).

Lors de cinq entretiens avec chacun des groupes de discussion, les expert·es ont également identifié des lacunes dans les **offres en langues étrangères** et les **offres spécifiques aux addictions comportementales**. Les migrant·es ne connaissant aucune langue nationale, les personnes sans permis de séjour ou les requérant·es d'asile et les réfugié·es faisaient souvent partie des groupes particulièrement vulnérables de la société. Ces groupes sont souvent victimes de stigmatisations multiples et ne sont pas suffisamment ciblés par le système actuel d'aide en matière d'addiction. De plus, il n'y aurait pratiquement aucune offre d'aide en matière d'addiction en langue étrangère en Suisse. Par ailleurs, certains groupes de discussion ont également souligné que les personnes souffrant d'une addiction sans substance auraient besoin d'offres thérapeutiques spécifiques (résidentielles).

En ce qui concerne les **offres spécifiques au genre**, on a observé exclusivement des lacunes dans l'offre de soins pour les mères. Dans quatre groupes de discussion au total, il a été constaté que faisaient défaut des campagnes de sensibilisation spécifiques aux femmes (p. ex. la consommation de substances pendant la grossesse/l'allaitement) et, de manière générale, des offres pour les mères avec enfants.

Conclusion intermédiaire : les lacunes dans le système d'aide en matière d'addiction

Les expert·es interrogé·es dans le cadre des groupes de discussion ont identifié des lacunes dans l'offre de soins dans trois champs d'action de l'aide en matière d'addiction. Dans le *champ d'action 1 Prévention et promotion de la santé*, ils et elles ont notamment identifié un besoin de développement dans les offres de sensibilisation ciblant certains groupes de population. Dans le *champ d'action 2 Conseil et thérapie*, la pénurie de structures de suivi pour le logement et le travail ainsi que d'offres de proximité, mobiles ou à bas seuil a été souligné dans toute la Suisse. Dans le *champ d'action 3 Réduction des risques et des dommages*, la majorité des entretiens avec les groupes de discussion ont également mis en évidence la pénurie d'offres d'hébergement (Housing First et hébergements d'urgence), l'absence de drug checkings et de points de contact et d'accueil. Le *champ d'action 4 Réglementation et exécution* n'a guère été abordé dans les groupes de discussion. Les lacunes les plus fréquemment citées concernant les soins spécifiques aux groupes cibles concernent les deux groupes d'âge que sont les « *enfants et adolescent·es* » et les « *personnes à l'âge de la retraite* ».

8.3 Les tendances de développement du contenu

La conception du contenu des offres d'aide en matière d'addictions repose sur diverses circonstances, raison pour laquelle les offres évoluent en permanence. Dans le pilotage de l'aide en matière d'addiction par les cantons, il est important de prendre en compte les changements qui se profilent. Durant les 20 entretiens de groupes de discussion de ce projet, il a donc été demandé aux 181 expert·es d'indiquer les tendances de contenus observées dans leurs institutions et dans leur canton. Dans les portraits cantonaux, les tendances locales en matière de développement de contenu ont été présentées séparément pour chaque canton. L'analyse comparative du contenu des groupes de discussion¹⁴⁹ a mis en évidence que certains changements apparaissent indépendamment du contexte local ou cantonal. Ces tendances d'évolution du contenu sont expliquées ci-après et sont résumées dans le tableau ci-dessous. Elles englobent la complexité croissante des charges de problèmes des usagers et usagères, l'élargissement de la clientèle en termes de phases de vie et d'identités, ainsi que les changements dans les formes de consommation et les prévalences de consommation des usagers et usagères. La prise en compte de ces tendances générales ouvre des possibilités de coopération intercantonale pour le pilotage de l'aide en matière d'addictions. Le tableau suivant résume les tendances de développement les plus fréquemment citées.

¹⁴⁹ La fiabilité interjuges : les analyses de contenu qualitatives ont été réalisées dans MAXQDA par plusieurs personnes de l'équipe de recherche, dans le cadre d'opérations séparées.

Tableau 34 : les tendances de l'évolution du contenu (groupes cibles, formes de consommation, substances, comportement)

Les changements perçus et les tendances attendues	Les lacunes de l'offre fréquemment citées (N = 20 groupes de discussion avec des experts et expertes cantonales de l'aide en matière d'addiction)
Les charges de problèmes	
La complexité croissante	<ul style="list-style-type: none"> • Davantage de personnes présentant une addiction et des comorbidités, des addictions multiples et des contraintes multiples (n = 17)
L'individualisation des offres	<ul style="list-style-type: none"> • Les exigences et les attentes accrues de la clientèle favorisent l'individualisation des offres (n = 13)
Les étapes de vie et l'identité de genre	
Les ados et les jeunes adultes	<ul style="list-style-type: none"> • L'augmentation de la consommation de substances chez les enfants et les adolescent·es comme expression d'une charge psychique croissante (n = 7) • La banalisation de la consommation / polyconsommation « expérimentale » (n = 10)
Les personnes à l'âge de la retraite	<ul style="list-style-type: none"> • Le nombre croissant de personnes présentant une addiction à un âge avancé (n = 11)
Les femmes	<ul style="list-style-type: none"> • La part des femmes dans les offres d'aide en matière d'addiction augmente lentement mais continuellement (n = 4)
Les formes et les prévalences de consommation	
Les formes de consommation	<ul style="list-style-type: none"> • L'augmentation de la consommation de substances multiples (n = 14) • L'augmentation de la consommation de substances en rapport avec le comportement sexuel (« chemsex ») (n = 3)
Les prévalences croissantes	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendances non liées à une substance (n = 16) • La consommation excessive de médicaments psychoactifs (n = 12) • Cocaïne (n = 6) • Cannabis (n = 5) • Tabac (n = 4) • Méthamphétamine/crystal meth (n = 2)
Les prévalences en baisse	<ul style="list-style-type: none"> • Héroïne (n = 7)
la charge de problèmes la plus élevée, la prévalence de consommation la plus élevée	<ul style="list-style-type: none"> • Alcool (n = 11)

Les professionnel·les interrogé·es lors de 17 entretiens de groupes de discussion constatent depuis quelques années une *augmentation continue de la complexité des cas*. Cela est notamment lié au fait que les personnes atteintes d'une addiction présentent de plus en plus souvent des comorbidités (psychiques) ou sont concernées par des problématiques multiples (p. ex. des addictions multiples, des expériences de violence, des conditions de vie précaires). L'éventail des substances consommées activement ou des comportements problématiques, notamment dans le domaine numérique, s'est également élargi depuis la création du système d'aide en matière d'addictions. De ce fait, le traitement des personnes concernées est plus complexe, les exigences de la clientèle vis-à-vis de l'offre d'aide en matière d'addiction ayant parallèlement augmenté (n = 13). La disposition des personnes présentant une addiction à s'adapter aux structures institutionnelles existantes a diminué au cours des dernières années. Ces évolutions ont nécessité une coopération interdisciplinaire plus intense au niveau des cas. Certains expert·es ont souligné qu'à l'heure actuelle, le nombre de professionnel·les impliqué·es dans le réseau de soins (les services médicaux, les soins thérapeutiques, les services sociaux et la justice) d'un cas est souvent deux fois plus élevé qu'il y a dix ans. Selon certain·es expert·es, cette évolution est problématique car l'augmentation des besoins d'encadrement et de soins n'a guère d'influence sur les ressources disponibles. Il en résulte que les professionnel·les

doivent réagir à des exigences accrues alors que leurs ressources restent inchangées, voire diminuent.

La *section 8.2* a mis en évidence les lacunes de l'offre à l'échelle nationale en ce qui concerne les offres spécifiques aux groupes cibles que sont *les enfants, les adolescent·es et les jeunes adultes*. Les entretiens avec les groupes de discussion ont permis d'identifier deux changements qui expliquent l'augmentation de la demande d'aide en matière d'addiction pour les jeunes. D'une part, les expert·es ont observé que les enfants et les jeunes sont de plus en plus souvent et fortement exposés à des troubles psychiques (n = 7). À cet égard, l'accent a été mis en particulier sur la multi-optionnalité actuelle, associée à une pression croissante de la part de la société (p. ex. l'objectif d'épanouissement personnel, le statut et l'argent) et de l'intégration scolaire et professionnelle, ainsi que sur les exigences et les demandes accrues envers les adolescent·es et les jeunes adultes dans le contexte de la numérisation, et ce surtout dans les domaines de la formation, du travail et des loisirs. Cette tendance s'est encore nettement renforcée depuis le début de la pandémie de Covid-19. D'autre part, les professionnel·les de certains groupes de discussion ont clairement avancé d'autres raisons à l'origine de la tendance croissante des jeunes à risque d'addiction et des jeunes concernés par l'addiction : par rapport aux cohortes plus anciennes, les jeunes d'aujourd'hui ont davantage de possibilités de se mettre en réseau, de trouver l'inspiration et de donner libre cours à leur envie d'expérimenter. Grâce à de nouvelles voies d'approvisionnement, par exemple via des canaux de télécommunication cryptés ou le Darknet, les jeunes ont un accès potentiellement plus « facile » aux substances illégales. En outre, une conscience des risques encore peu développée, c'est-à-dire la sous-estimation des risques ou la surestimation de soi, seraient des *facteurs importants, liés au développement*, qui conduiraient à une augmentation de la (poly)consommation (expérimentale) de substances chez les jeunes (n = 10).

En ce qui concerne le groupe d'âge des personnes *retraitées*, deux tendances d'évolution se dégagent (n = 16) : d'une part, de plus en plus de personnes vivent avec une addiction (chronicisée), atteignent un âge avancé et présentent des besoins spécifiques en matière d'accompagnement et de traitement. Cette évolution serait particulièrement visible chez les personnes qui ont commencé à consommer de l'héroïne dans les années 1980 et 1990 et qui atteignent aujourd'hui un âge avancé, souvent grâce à des thérapies de substitution. D'autre part, selon les expert·es interrogé·es, la prévention et l'aide en matière d'addiction ces dernières années s'intéressent de plus en plus aux personnes à l'âge de la retraite menacées ou touchées par l'addiction, car ce groupe d'âge est particulièrement exposé au risque de développer pour la première fois une addiction (p. ex. en raison de l'absence de structure journalière, de l'isolement social). Certains expert·es ont également évoqué la situation difficile des professionnel·les des maisons de retraite et des établissements médicosociaux qui doivent prendre en charge des personnes ayant pris des tranquillisants et des somnifères sur ordonnance et/ou ayant une consommation d'alcool problématique. Dans ces institutions, la question se pose souvent de savoir à partir de quand et jusqu'à quel moment il convient d'intervenir dans la liberté personnelle des résidents d'organiser leur fin de vie.

Dans la majorité des groupes de discussion (n = 14), les expert·es ont discuté du fait que, depuis quelques années, les personnes qui consomment plusieurs substances ne sont plus une exception. Les ados et les jeunes adultes sont particulièrement concernés. Alors qu'auparavant, les alcooliques ou héroïnomanes « classiques » ne consommaient que ces substances, ces personnes consomment aujourd'hui beaucoup plus souvent différentes substances en fonction de l'effet recherché. Cette tendance a également des répercussions sur les approches

thérapeutiques. Dans de nombreux cas, des objectifs de traitement individuels sont aujourd'hui fixés avec la clientèle en fonction de la substance consommée ou de l'addiction comportementale (p. ex. la substitution pour l'héroïne, l'abstinence pour l'alcool, la réduction de la consommation pour la nicotine). Selon certains spécialistes cantonaux, il est essentiel de veiller, lors de la thérapie, à ce qu'il n'y ait pas de déplacement de l'addiction, les personnes concernées remplaçant par exemple le problème principal de l'alcool par celui du cannabis. L'individualisation du traitement qui s'ensuit s'appuie en outre sur la situation de vie individuelle, la motivation et les autres facteurs personnels.

Dans quatre groupes de discussion, les expert·es ont observé une *augmentation de la proportion de femmes* dans les offres d'aide en matière d'addiction au cours des dernières années. En ce qui concerne les changements de comportement en matière de consommation, trois groupes de discussion ont observé une augmentation du « chemsex » (= des rapports sexuels sous l'influence de substances psychoactives).

En ce qui concerne les tendances de l'évolution des différentes prévalences, les experts d'un groupe de discussion sur deux ont souligné une fois de plus que l'alcool, comparé à d'autres substances psychoactives, reste le problème social le plus important et le problème principal le plus fréquent chez les usagers et usagères de l'aide en matière d'addiction. Dans certains groupes de discussion, on a certes observé que les adolescent·es et les jeunes adultes consomment moins souvent de l'alcool de façon régulière et à risque, mais que l'on constate en revanche une tendance à l'augmentation de la consommation régulière à risque chez les générations plus âgées. Chez les adolescent·es et les jeunes adultes, c'est en revanche la consommation épisodique d'alcool à risque qui serait en augmentation, c'est-à-dire la consommation, au moins une fois par mois, en l'espace de quelques heures, de plus de cinq (pour les hommes) ou quatre (pour les femmes) verres standards¹⁵⁰. Selon les spécialistes cantonaux, la tolérance sociale de la consommation d'alcool reste très élevée et ses conséquences négatives sont encore trop souvent sous-estimées dans tous les groupes d'âge. Ce n'est que pour l'héroïne que les expert·es de certains groupes de discussion ont constaté une baisse de la prévalence depuis quelques années (n = 7). Le nombre de primo-consommateurs et consommatrices stagne depuis des années à un niveau très bas et on observe un vieillissement du groupe des consommateurs et consommatrices d'héroïne. Selon certains spécialistes, une aversion pour l'héroïne serait perceptible chez les adolescent·es et les jeunes adultes qui en consomment. Dans ce contexte, certains groupes de discussion ont également souligné que si l'héroïne n'était « plus à la mode », les médicaments à forte teneur en opioïdes ainsi que les somnifères et les tranquillisants faisaient l'objet d'une consommation problématique de plus en plus fréquente. Douze groupes de discussion ont souligné le fait que de plus en plus de personnes ont une consommation problématique des médicaments psychoactifs délivrés sur ordonnance et risquent ainsi de développer une addiction. On attend des professionnels de la santé, mais aussi des caisses d'assurance maladie, qu'ils respectent et surveillent la délivrance contrôlée de psychotropes à risque élevé. Il faudrait renoncer à la délivrance de grands emballages, en particulier pour les médicaments présentant un très fort potentiel addictif. Dans ce contexte, les jeunes, les femmes d'âge moyen et les personnes à la retraite ont été identifiés comme des groupes cibles particulièrement vulnérables.

Six groupes de discussion ont parlé d'une (forte) *augmentation de la consommation de cocaïne*, qui représente une charge importante pour la vie publique dans de nombreux cantons. Deux groupes de discussion ont mentionné que des adolescent·es et des jeunes adultes ont

¹⁵⁰ À titre d'exemple, les verres standard contiennent entre 10 et 23 g d'alcool pur : 1 dl de vin, 3 dl de bière.

été observés en train de fumer de la cocaïne dans l'espace public. Les spécialistes cantonaux estiment que la diffusion de la consommation de cocaïne nécessite une attention particulière. Une augmentation de la *prévalence du cannabis* a été discutée dans cinq groupes de discussion. La tendance à la hausse s'applique en particulier à la tranche d'âge des jeunes. Mais les expert·es ont également fait remarquer de manière générale que le cannabis était de moins en moins considéré comme une substance « illégale et dangereuse » dans la société et que la tolérance de la consommation publique était également très élevée. Les tendances en matière de *consommation de tabac* ont également été discutées dans quatre groupes de discussion. D'une part, l'évolution avec des produits du tabac toujours plus récents (adaptés aux jeunes), qui sont souvent introduits sans réglementation, est problématique. Certes, la consommation de cigarettes traditionnelles est en baisse chez les jeunes, mais cette consommation est de plus en plus souvent remplacée par des e-cigarettes, du tabac à chiquer et/ou à priser. Dans les petits cantons de montagne en particulier, la culture du snuff serait si bien établie et tolérée par la population que le tabac à priser serait également consommé en public par les enfants et les adolescent·es. Les prestataires de médecine ambulatoire des addictions ont également fait remarquer qu'ils n'abordent pas de manière proactive la consommation de tabac en tant que problème chez la plupart de leurs patientes et patients. Ils sont certes conscients de la charge élevée de problèmes, mais souvent le tabac ne fait pas partie des substances nécessitant une intervention importante. Au vu des résultats de la section 6.2.4, cela pourrait également être le cas de la majorité des prestataires dans le domaine cible. Dans deux groupes de discussion, les expert·es ont également fait référence à une augmentation de la prévalence de la *méthamphétamine / crystal meth*.

Conclusion intermédiaire : les tendances de développement du contenu

En ce qui concerne la *conception du contenu des offres*, l'analyse de toutes les entretiens des groupes de discussion a permis d'identifier *des tendances de développement du contenu* dans trois domaines thématiques : *premièrement*, les cas deviennent plus complexes en raison : des comorbidités, des charges multiples, des liens multiples avec les systèmes d'aide et parce que la clientèle souhaite de plus en plus une individualisation et des offres adaptées à ses besoins. *Deuxièmement*, les professionnel·les ont de plus en plus souvent à faire à des groupes cibles pour lesquels il n'existe pas d'offres spécialisées, notamment les enfants / adolescent·es et les jeunes adultes, les personnes à l'âge de la retraite et les mères ou les femmes enceintes. *Troisièmement*, les formes de consommation et les prévalences évoluent : on constate notamment une augmentation de la polyconsommation et de la polyconsommation abusive de substances, ainsi qu'une hausse de la prévalence des addictions non liées à une substance. Malgré ces changements, il est souligné que l'alcool reste le problème le plus important et que la consommation d'héroïne a tendance à diminuer.

8.4 Les tendances de développement structurel et la nécessité d'agir

Les offres d'aide en matière d'addiction dépendent également des conditions structurelles (la politique, le financement, le pilotage, la coopération). Dans le pilotage de l'aide en matière d'addiction par les cantons, il est important de prendre en compte les changements circonstanciels qui se profilent. Dans le cadre des 20 entretiens de groupe de discussion avec des expert·es, ceux-ci ont été prié·es d'indiquer leurs observations concernant les changements structurels au niveau du système global, de la fourniture de prestations et de la gestion des

cas, ce que cela impliquait dans leur travail et quels champs d'action s'ouvriraient. Dans les portraits cantonaux, les tendances locales en matière de développement structurel ont été présentées séparément pour chaque canton. L'analyse comparative du contenu des groupes de discussion¹⁵¹ a mis en évidence que certains changements apparaissent indépendamment du contexte local. Ces tendances de développement structurel et ces champs d'action sont expliqués ci-après en vue d'ouvrir des possibilités de coopération intercantonale.

8.4.1 Les tendances de développement dans le domaine du « financement »

Les groupes de discussion ont traité des modifications des conditions structurelles (la politique, les structures de financement, le pilotage). Durant cette discussion, les participant·e·s ont pu évaluer et discuter des évolutions actuelles ou des éventuels changements à venir. Les tableaux suivants résument les changements structurels les plus fréquemment cités lors des entretiens des groupes de discussion dans les domaines thématiques que sont le « financement », la « politique des addictions/le pilotage cantonal » et « la coopération et la coordination ».

Tableau 35 : les tendances de développement structurel dans le domaine du « financement »

Thème de développement	Tendances fréquemment citées (N = 20 groupes de discussion avec des experts et expertes cantonales de l'aide en matière d'addiction)
Lacunes de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Travail d'interface et activités de mise en réseau chronophages (n = 15) • Programmes cantonaux d'économie et pénurie de ressources mises à disposition par le canton (n = 8) • Défaut de promotion des approches innovantes / projets pilotes (n = 6)
Médicalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Désincitations économiques lors de l'indication d'un traitement résidentiel (n = 11) • Problèmes d'occupation et de financement des psychothérapies résidentielles (n = 14)
Défis posés par les structures de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Inégalité de traitement des groupes cibles (n = 14) • Charge administrative élevée (n = 7)

Dans la majorité (n = 15) des entretiens menés avec les groupes de discussion, les expert·es ont attiré l'attention sur l'absence de financement du travail d'interface et de mise en réseau entre les prestataires de soins. Le manque de financement des interfaces entre le secteur ambulatoire et le secteur résidentiel de l'aide en matière d'addiction pose de grands défis aux institutions d'aide en matière d'addiction, qui sont majoritairement financées par l'individu. Le souhait a été exprimé de régler à long terme le financement des interfaces dans tous les systèmes tarifaires. Dans huit groupes de discussion, l'administration cantonale a été critiquée pour les mesures d'économie introduites ou pour la mise à disposition insuffisante de ressources pour les développements nécessaires dans le système d'aide en matière d'addiction. Dans ce contexte, il a souvent été fait référence au fait que trop peu d'approches innovantes et de projets pilotes sont soutenus par le canton (n = 6).

La tendance de développement de la « médicalisation », c'est-à-dire le transfert de l'offre d'aide en matière d'addiction vers le domaine financé par les caisses d'assurance maladie (LAMal), a été discutée sous plusieurs angles dans les groupes de discussion. Les professionnel·les de onze groupes de discussion ont déploré le fait que l'orientation vers des institutions

¹⁵¹ La fiabilité interjuges : les analyses de contenu qualitatives ont été réalisées dans MAXQDA par plusieurs personnes de l'équipe de recherche, dans le cadre d'opérations séparées.

thérapeutiques résidentielles soit décidée avant tout en fonction du mécanisme de financement et de la participation aux coûts des organismes payeurs plutôt que sur la base de l'indication professionnelle. Cela s'observe en particulier lorsque les communes sont à la fois centres d'indication et organismes payeurs. Les expert·es ont demandé que les mécanismes de financement de l'aide en matière d'addiction soient conçus de manière à ce que le choix des offres soit guidé non pas par des incitations financières, mais plutôt par l'indication professionnelle.

Les expert·es ont constaté ces derniers temps une tendance à *privilégier les offres de thérapie financées par la LAMal* et parlent dans ce contexte d'une économisation croissante de l'aide en matière d'addiction. Par conséquent, les offres psychosociales et sociopédagogiques résidentielles sont soumises à une forte pression économique et doivent parfois faire face à des problèmes d'occupation et de financement (n = 14). Les professionnel·les ont déploré le manque de prise de conscience de la part de certains organismes payeurs concernant les besoins en ressources indiqués par les professionnel·les pour une thérapie réussie des addictions et une intégration sociale durable.

D'autres craintes dans ce contexte étaient qu'un transfert du financement des offres d'aide en matière d'addiction dans le domaine de la LAMal limiterait fortement les possibilités de pilotage cantonal et entraînerait une augmentation des primes d'assurance-maladie.

En lien avec la médicalisation, mais aussi indépendamment de celle-ci, les professionnel·les de la santé ont discuté, dans la majorité des entretiens des groupes de discussion (n = 14), de *l'inégalité de traitement des différents groupes cibles* en raison de la complexité des structures de financement. Les mécanismes de financement d'une consultation ou d'un traitement variaient selon les dispositions légales du canton de résidence en raison des facteurs personnels suivants :

- l'âge
- le statut socio-économique
- le lieu de résidence (commune)
- le permis de séjour
- le problème principal d'addiction

Ces facteurs rendent difficile, voire impossible, l'accès de certains groupes cibles à certaines offres d'aide en matière d'addiction. Afin de remédier à cette *inégalité de traitement structurelle des groupes cibles*, les expert·es ont demandé le développement de modèles de financement durables qui garantissent à toutes les personnes cherchant conseil et aide une égalité des chances d'accès et si possible la gratuité des offres médicales, psychosociales et sociopédagogiques de l'aide en matière d'addiction. En raison de la complexité des structures de financement et de l'économisation croissante de l'aide en matière d'addiction, les professionnel·les interrogé·es dans sept groupes de discussion ont constaté une forte augmentation de la charge administrative au cours des dernières années. Cela se traduit par exemple par des obstacles administratifs plus importants pour les garanties de prise en charge des coûts ou par une pression croissante de légitimation vis-à-vis des organismes payeurs. Les expert·es ont regretté qu'en raison de la charge administrative élevée, de moins en moins de temps soit accordé au travail réalisé auprès de la clientèle/patientèle.

La nécessité d'agir au niveau du pilotage cantonal

Dans le cadre des groupes de discussion, les expert·es de l'aide en matière d'addiction ont discuté des différents champs d'action qui devraient être pris en compte dans l'organisation future de l'aide en matière d'addiction.

Tableau 36 : la nécessité d'agir au niveau de l'organisation cantonale des soins

Champ d'action	Nécessité d'agir (N = 20 groupes de discussion avec des experts et expertes cantonales de l'aide en matière d'addiction)
Politique cantonale des addictions	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la collaboration interdépartementale sur le thème de l'addiction (n = 11) • Développement / mise en œuvre d'une stratégie cantonale en matière d'addiction axée sur les besoins (n = 8) • Positionnement de la politique cantonale des addictions sur le thème « Régulation du cannabis » (n = 3)
Implication des acteurs et actrices concernées dans la conception	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des connaissances spécialisées issues de la pratique et des dernières découvertes scientifiques dans la conception du système de soins, l'échange institutionnalisé (n = 13) • Implication des communes dans l'organisation du système de soins cantonal (n = 8)
Développement du système de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Stagnation de l'évolution de l'offre et développement du système de soins cantonal (n = 5)
Les différences régionales	<ul style="list-style-type: none"> • Différences régionales dans la couverture de l'offre (n = 6)
Le renforcement de l'ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement de l'ambulatorio de l'ensemble des soins (le domaine des addictions, la psychiatrie, l'aide à la jeunesse) (n = 7)

En ce qui concerne l'organisation du système de soins par le canton, l'absence *de collaboration interdépartementale* sur le thème des addictions au sein de l'administration cantonale a été discuté dans environ un groupe de discussion sur deux (n = 11). Selon les expert·es interrogé·es, il est important d'identifier les interfaces au sein de l'administration cantonale et, le cas échéant, communale, de les traiter activement. « L'addiction » est un phénomène complexe qui ne peut pas être couvert par un seul service cantonal. La collaboration interdisciplinaire est également nécessaire dans l'administration. Par ailleurs, le *souhait d'une stratégie cantonale en matière d'addiction* a souvent été exprimé (n = 8). Certains professionnel·les ont également évoqué une stratégie sanitaire et sociale globale qui inclurait également le domaine de la prévention et de l'aide en matière d'addiction. Une stratégie axée sur les besoins dans le canton permet non seulement de mettre en place une politique cohérente en matière d'addiction, mais aussi d'aider les prestataires à planifier et à développer leurs offres en fonction des besoins. En ce qui concerne une politique cohérente en matière d'addiction, trois groupes de discussion ont également exprimé le souhait d'un positionnement clair et cohérent du canton vis-à-vis de la consommation de cannabis, et ce dans tous les domaines (répression, circulation routière, ...). Selon les spécialistes interrogés, il ne faudrait pas que, selon le sujet, le cannabis soit considéré comme « presque légal » et que, dans d'autres domaines, il faille s'attendre à des peines élevées. Cela complique notamment le travail de prévention auprès des jeunes.

Les représentant·es des offres d'aide en matière d'addiction (n = 13) et les représentant·es des administrations communales (n = 8) souhaitent être *davantage impliqués dans l'organisation cantonale de l'aide* en matière d'addiction. Dans ce contexte, un *échange institutionnalisé* est important et utile à la réflexion commune concernant l'offre et le développement conjoint de l'aide en matière d'addiction. Cinq groupes de discussion ont déploré le développement cantonal et le fait que la réflexion sur l'offre d'aide en matière d'addiction stagne

depuis quelques années parce que la politique cantonale n'accorde pas d'importance à cette thématique. Pour cette raison, il importe que l'organisation et le développement de l'aide cantonale et nationale en matière d'addiction s'appuient sur les connaissances scientifiques les plus récentes.

Les professionnel·les de cinq groupes de discussion ont déploré l'organisation cantonale des soins également en ce qui concerne la *couverture de l'offre et la répartition des ressources, qui varient d'une région à l'autre*. Cela concerne les grands cantons en termes de superficie, qui disposent certes d'offres d'aide en matière d'addiction dans les centres urbains (ou à proximité de ceux-ci), mais ne proposent aucun accès de proximité à l'aide en matière d'addiction dans les régions plus rurales. Selon les expert·es, il appartient au canton de soutenir également les communes qui disposent de moins de ressources et qui ne peuvent pas mettre en place leurs propres offres. Il importe de garantir l'accessibilité et l'accès à l'aide en matière d'addiction pour toutes les personnes à la recherche de conseil et d'aide, indépendamment de leur lieu de résidence. Il faut éviter une surabondance ou une insuffisance de l'offre au niveau régional. Le thème du renforcement de l'ambulatoire dans l'ensemble des soins (le domaine des addictions, la psychiatrie, l'aide à la jeunesse) a été soulevé dans sept groupes de discussion. Les professionnel·les ont déploré le fait que certains groupes cibles ne recevaient pas le soutien nécessaire en raison du développement de l'offre ambulatoire. Comme dans le domaine de l'aide aux personnes en situation de handicap, des mesures ont été développées ces dernières années dans le domaine de la santé et de l'aide en matière d'addiction, ceci dans le but de favoriser le traitement ambulatoire. Ce qui peut être avantageux pour une partie de la clientèle (par exemple en raison du souhait de recevoir un traitement dans la localité de domicile ou d'une plus grande responsabilité personnelle), peut conduire pour une autre partie de la clientèle, à une impossibilité de faire appel (ou trop tardivement) à des traitements résidentiels indiqués par des professionnels. Selon les expert·es interrogé·es, les effets négatifs du renforcement de l'ambulatoire se font sentir chez cette dernière partie de la clientèle. À cet égard, les prestataires ont rapporté que de nombreuses personnes concernées, traitées dans un établissement résidentiel (financé ou non financé par la LAMal), sont dans une situation nettement plus problématique ou plus complexe qu'auparavant (identité, relations, comorbidités somatiques et psychiques). En outre, le développement des offres ambulatoires, telles que le *Drug Checking*, les espaces de consommation ou les traitements TAO, a une fois de plus été critiqué pour son inégalité d'accès aux soins entre les différents groupes cibles et régions de soins.

8.4.2 Les champs d'action de la coopération intra- et inter-cantonale

Dans le cadre des groupes de discussion, les expert·es de l'aide en matière d'addiction ont discuté des différents champs d'action qui devraient être pris en compte dans l'organisation future de la coopération intra- et intercantonale de l'aide en matière d'addiction.

Tableau 37 : champs d'action de la coopération intra- et intercantonale

Champ d'action	Nécessité d'agir (N = 20 groupes de discussion avec des experts et expertes cantonales de l'aide en matière d'addiction)
Coordination et coopération intracantonales	<ul style="list-style-type: none"> • Coopération entre les prestataires de l'aide en matière d'addiction (n = 13) • Coopération entre les prestataires de l'aide en matière d'addiction et les acteurs et actrices des domaines connexes (n = 7) • Développement / amélioration de la coordination et de la collaboration des cas (n = 12) • Point de contact central / centre d'indication (n = 5)
Coordination et coopération intercantionales	<ul style="list-style-type: none"> • Coopération et coordination intercantonale entre les prestataires (n = 8) • Planification et développement communs de l'offre (n = 8)

Dans la majorité des groupes de discussion (n = 14), les représentant·es des offres d'aide en matière d'addiction ont souhaité une *collaboration et une mise en réseau* plus poussées *entre les différent·es prestataires*. Le fait que ce souhait ne puisse être réalisé que de manière limitée dans les cantons respectifs s'explique souvent par le manque de ressources. Selon les professionnel·les interrogé·es, une culture de collaboration intracantonale et suprarégionale permettrait d'améliorer la qualité du traitement et du suivi au niveau des cas (n = 12). À cet égard, un tiers des groupes de discussion souhaitent par ailleurs une plus grande *collaboration avec les domaines voisins* (par exemple la justice, la police, l'aide aux personnes en situation de handicap, les écoles, les autorités de protection de l'enfance et des adultes) (n = 7). Cinq groupes de discussion ont souhaité la *mise en place d'un service central d'accueil et/ou de coordination* dans le canton pour toutes les personnes à la recherche d'aide et des conseils. Dans les cantons qui disposent de plusieurs offres différentes d'aide en matière d'addiction, il serait particulièrement indiqué de créer un service qui orienterait les personnes concernées vers une offre appropriée. L'indication devrait être effectuée par des spécialistes qui prendraient des décisions indépendantes des organismes payeurs, en collaboration avec les personnes à la recherche d'aide. Dans huit groupes de discussion, les professionnel·les ont également souhaité le *développement et le renforcement de la collaboration intercantonale* entre les prestataires ainsi qu'une planification commune de l'offre suprarégionale entre les cantons.

Conclusion intermédiaire : les tendances de développement structurel et la nécessité d'agir

Les groupes de discussion ont permis d'identifier les *tendances de développement* structurel et *les champs d'action* dans toute la Suisse. Au niveau structurel, les organisations prestataires sont de plus en plus confrontées à des lacunes de financement dues à l'augmentation du travail d'interface et des activités de mise en réseau, aux programmes d'économies ou à l'absence de soutien en faveur des approches innovantes. Deuxièmement, le système d'aide en matière d'addiction se déplace de plus en plus vers le domaine financé par les caisses maladie (médicalisation). Troisièmement, en raison des mécanismes de financement modifiés et variables d'un canton à l'autre, on observe une augmentation de l'inégalité des chances d'accès aux offres d'aide. Selon les expert·es, le développement de l'aide dans le domaine des addictions peut explorer de nouveaux champs d'action tant dans l'organisation des soins au niveau cantonal (p. ex. amélioration de la collaboration interdépartementale, l'intégration de connaissances spécialisées issues de la pratique, des établissements et des communes) que dans le renforcement de la coopération intra- et intercantonale.

9 Conclusions et recommandations

Des recommandations pour le développement du pilotage de l'aide en matière d'addiction sont formulées ci-après. La structure du chapitre s'aligne sur les quatre champs thématiques du rapport de synthèse (Lischer et al. 2022), dont les conclusions sont résumées au *chapitre 4* : (a) l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales ; (b) le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions ; (c) les offres et les prestations ainsi que (d) les systèmes de soins. Dans chaque domaine thématique, les recommandations sont précédées d'un résumé des résultats de cette étude et des normes nationales ou internationales. Les recommandations se basent sur les éléments suivants :

- Le rapport de synthèse « Ausgewählte internationale und nationale Erkenntnisse für die Analyse der Steuerung der Suchthilfeangebote in den Kantonen » (Lischer et al. 2022) et des analyses bibliographiques supplémentaires (voir surtout le *chapitre 4*) ;
- Les résultats des analyses cantonales, l'analyse globale et la comparaison des portraits des cantons ;
- Les résultats des ateliers de la CDCA, notamment le séminaire de la CDCA des 13 et 14 juin 2022 et les réunions de la CDCA des 15 septembre et 6 décembre 2022, et
- Les retours concernant la réunion avec le Comité consultatif II¹⁵² avec des expert·es dans le domaine de l'aide en matière d'addiction du 22 mai 2023.

¹⁵² Membres du Comité consultatif II : Stefanie Knocks (Fachverband Sucht), Roger Mäder (FOSUMOS), Romain Bach (GREA), Camille Robert (GREA), Irene Abderhalden (Infodrog), Silvia Steiner (GDK-CDS), Adrian Eichenberger (directeur des institutions sociales du canton de Zurich), Toni Berthel (président de la Société suisse de médecine de l'addiction), Aline Bernhardt-Keller (responsable des addictions de la ville de Lausanne), Jann Schumacher (OFSP), Joos Tarnutzer (président de la CDCA), Tanja Iff (OFSP).

9.1 Champ thématique A - L'addiction en tant que phénomène biopsychosocial

Dans la présente étude, l'addiction désigne un phénomène biopsychosocial dont l'origine et les effets s'étendent sur trois niveaux, c'est-à-dire l'addiction comme phénomène biologique, psychique et social ou sociétal. Une addiction liée à la consommation d'une substance ou une addiction comportementale repose donc sur une interaction dynamique et complexe entre ces facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Skewes & Gonzalez 2013). Dans le modèle développé par Stremlow, Riedweg & Bürgisser (2019), le champ thématique A s'adresse à l'« articulation générale du problème » ou à la « description du problème » de l'addiction dans la société. La compréhension de l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial met moins l'accent sur les questions générales de société, d'économie ou de droit, par exemple l'addiction en tant que valeur économique sur un marché (illégal) de substances entraînant une addiction.

Les recommandations dans ce champ thématique visent à démontrer une *meilleure évidence* des différents aspects de l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et de l'aide dans le domaine des addictions, et à rendre cette *evidence* accessible à la population, aux professionnel·les et aux politiques. La formulation des recommandations s'appuie sur trois thèses :

- (1) L'aide en matière d'addiction basée sur des preuves et axée sur les besoins doit pouvoir s'appuyer sur des études scientifiques, des évaluations d'impact et des systèmes de monitoring à l'échelle nationale.
- (2) Il convient d'optimiser l'information et la sensibilisation de la population et des professionnel·les sur les addictions, les consommations à risque ou les addictions comportementales, notamment dans une perspective de prévention, d'intervention précoce, de réduction des risques et de lutte contre la stigmatisation.
- (3) L'élaboration de connaissances scientifiques et la transmission de savoirs spécialisés favorisent également, entre autres, l'égalité d'accès aux soins, la qualité des prestations ainsi que les coopérations transdisciplinaires et interdisciplinaires.

9.1.1 Les résultats de la présente étude

Les bases de données et les systèmes de monitoring

La comparaison des rapports cantonaux montre que les données épidémiologiques relatives à la consommation de substances, aux addictions comportementales et aux conséquences qui en découlent pour la société varient d'un canton à l'autre. Pour les données de prévalence, la plupart des cantons se basent sur les évaluations de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) (*chapitre 5*). Celle-ci est réalisée tous les quatre ans et se base sur une auto-déclaration des personnes interrogées. Dans certains cantons, les données de prévalence cantonales manquent pour certaines années, car trop peu de personnes ont été interrogées. Les résultats de cette étude montrent en outre qu'il existe de grandes différences entre les cantons, mais aussi entre les institutions, dans la saisie des caractéristiques des usagers et usagères (*sections 6.2 et 6.2.4*). Alors que des systèmes de monitoring nationaux basés sur les systèmes de décompte des caisses maladie ont été développés pour le secteur médical, un grand potentiel de développement s'ouvre au secteur psychosocial et sociopédagogique. Les résultats de cette étude suggèrent en outre qu'il pourrait être difficile pour différents cantons de formuler des affirmations sur la charge de problèmes au sein de la population, sur les besoins effectifs et sur

l'utilisation des offres d'aide en matière d'addiction, car la base de données nécessaire à cet effet fait défaut.

La sensibilisation et l'information de la population

Lors des entretiens avec les groupes de discussion, les expert·es interrogé·es ont demandé un travail d'information accru et des campagnes de sensibilisation pour certains groupes cibles (p. ex. les jeunes, les personnes ayant atteint l'âge de la retraite). Des évaluations comparables ont également été faites concernant le risque de certaines formes de consommation et de substances psychoactives (p. ex. la consommation mixte, la consommation récréative à risque, la consommation pendant la grossesse, la consommation excessive de médicaments, les produits du tabac) et les addictions comportementales (p. ex. les jeux vidéo et les jeux de hasard) (*section 8.2*). Les professionnel·les interrogé·es ont en outre recommandé le développement de nouvelles formes de sensibilisation et de prévention, qui s'adressent avant tout à des groupes cibles n'ayant pas encore été atteints jusqu'à présent. À titre d'exemple, les groupes de discussion ont mentionné l'intégration des pairs dans des projets de prévention qui se déroulent sur le lieu de vie de la personne à risque ou concernée par une addiction (p. ex. les entreprises d'apprentissage).

La formation initiale et continue des professionnel·les

Les résultats des entretiens des groupes de discussion et de l'enquête auprès des prestataires mettent en évidence le fardeau croissant de la pénurie de personnel qualifié sur le système d'aide en matière d'addictions (*sections 8.1.1 et 8.4.1*). Selon les spécialistes interrogés, cela se manifeste surtout dans les domaines de l'accompagnement psychosocial, sociopédagogique et médical, du traitement résidentiel des addictions et de la médecine des addictions, ainsi que dans les offres d'hébergement dans une institution. Cette pénurie de personnel qualifié pose notamment de grands défis à la formation continue des professionnel·les.

9.1.2 Les enseignements tirés du rapport « State of the Art »

L'organisation de l'aide en matière d'addiction fondée sur des données probantes et axée sur les besoins

Dans ses normes relatives au pilotage stratégique de l'aide en matière d'addiction, l'Organisation mondiale de la santé recommande de planifier, développer et évaluer de manière systématique la fourniture de prestations et le terrain (WHO & UNODC 2020a). Le développement ciblé de l'offre et de l'éventail des prestations d'aide en matière d'addictions présuppose l'analyse de données épidémiologiques différenciées concernant la fréquence, la répartition socio-structurelle et l'évolution dans le temps des problèmes d'addiction au sein de la population (StremLOW et al. 2019). Pour ce faire, différents systèmes de monitoring et de statistiques internationaux, nationaux et cantonaux pourraient être employés en Suisse. En outre, selon certains expert·es interrogé·es, l'état des données et des connaissances sur les coûts économiques des addictions en Suisse doit être considéré de manière critique pour des raisons méthodologiques (la portée et la qualité des études).

Sensibiliser et informer la population

La Stratégie nationale Addictions 2017–2024 a formulé l’objectif d’informer la population sur les connaissances actuelles concernant les thèmes en rapport avec les addictions, les facteurs de risque et de protection ainsi que sur l’offre d’aide actuelle (BAG 2015). L’OFSP développe avant tout des mesures qui s’adressent aux partenaires concernés et qui ont pour but de renforcer et de soutenir les partenaires dans leurs tâches de communication. Forts de ce soutien, ces partenaires sensibilisent et informent les personnes concernées et la population sur les facteurs de risque et de protection des addictions et des maladies non transmissibles (principe dit « de la cascade »). En collaboration avec d’autres acteurs et actrices, par exemple Infodrog, l’OFSP adresse également des mesures de communication spécifiques directement à la population et à certains groupes cibles. La Confédération ainsi que les associations professionnelles (telles qu’*Addiction Suisse*, *Fachverband Sucht*, *GREA* et *Addiction Ticino*) contribuent de manière importante à communiquer et à informer de manière adaptée aux destinataires concernant les questions d’addiction. Comme auparavant, les addictions restent souvent des causes de processus d’exclusion sociale, qui ont à leur tour une influence sur le développement et le maintien d’une addiction (Krebs et al. 2021). À cet égard, il convient de souligner qu’à ce jour, les points de vue et les besoins des personnes concernées et de leurs proches sont encore peu représentés dans le discours public. Contrairement au système de soins d’aide aux personnes présentant un handicap, il n’existe actuellement aucune association de personnes présentant une addiction qui s’engage pour défendre leurs intérêts au niveau politique.

La sensibilisation et la formation initiale et continue des professionnel·les

Selon la LStup (art. 3k), il est du ressort de la Confédération d’encourager la formation et le perfectionnement des professionnel·les dans les domaines de la prévention, du conseil et de la thérapie ainsi que de la réinsertion et de la réduction des risques. De ce fait, l’Office fédéral de la santé publique met à disposition des moyens financiers en faveur d’offres de formation continue spécifiques et propose en outre lui-même des modules et des offres de formation continue (Amberg, Stamm, Bieri 2020). L’étude « Situationsanalyse Weiterbildung im Bereich Sucht » (analyse de l’état des lieux de la formation continue dans le domaine des addictions) a analysé les offres actuelles de formation continue et a comparé la situation de la Suisse avec celle de l’Allemagne et du Canada (Amberg et al. 2020). Elle est arrivée à la conclusion que les offres actuelles de formation continue sont en principe suffisantes, mais qu’il existe un potentiel de développement dans certains domaines. Contrairement à l’Allemagne (*Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen*), il n’existe par exemple en Suisse aucun organisme national et de niveau hiérarchique supérieur chargé de coordonner et de faire connaître toutes les offres de formation continue (situation en 2020). Par ailleurs, les auteurs et autrices de l’étude recommandent de promouvoir des composantes d’apprentissage en ligne dans la formation continue et de les thématiser davantage dans la formation de base des groupes professionnels concernés (p. ex. les professionnel·les de la médecine et de la psychologie, les travailleuses et travailleurs sociaux et la police). Selon les normes internationales de l’OMS et de l’ONUDC (2020a), il est également essentiel de proposer des formations continues régulières aux personnes travaillant dans des domaines spécialisés connexes et chez les prestataires de soins primaires. L’information systématique sur des questions d’addiction et sur l’aide dans le domaine des addictions destinée aux médecins de famille, aux services de soins à domicile (Spitex), aux services sociaux, aux centres de consultation spécialisés dans le domaine social et de la santé, aux écoles, aux centres d’animation pour la jeunesse, à la police, aux entreprises, etc. constitue le premier maillon de la chaîne de soins. Dans leurs normes relatives aux cadres de prise en charge, l’OMS et l’ONUDC (2020a) recommandent d’employer le modèle SBIRT (**S**creening, **b**rief **i**nterventions and **r**eferrals to other relevant services).

9.1.3 Recommandations

Soutenir les projets de recherche et d'évaluation scientifiques

À l'heure actuelle, pour effectuer une analyse exhaustive de l'offre, des besoins et des groupes cibles, il est nécessaire d'exploiter les données de différents systèmes de monitoring. Selon l'art. 3i LStup, la Confédération a notamment pour tâche d'aider les cantons à planifier et à piloter l'aide en matière d'addiction en leur apportant des connaissances scientifiques. Pour cette raison, il faudrait procéder à une extension du monitoring national des addictions, par exemple en élargissant le mandat de prestations confié à *act-Info*¹⁵³, dans lequel les données relatives à l'aide en matière d'addiction sont rassemblées et complétées par des données secondaires (p. ex. de la police, des services de santé ou des analyses des eaux usées) et les évolutions sur le terrain sont systématiquement collectées, évaluées et publiées (Lischer et al. 2022).

La reprise d'une plateforme nationale de rapports, comme l'ancien Monitoring suisse des addictions, serait également conforme aux normes internationales de l'OMS et de l'ONU DC. En effet, selon ces deux organisations internationales, le développement d'un système national d'information sur les addictions nécessite le soutien à tous les niveaux politiques et dans les différents secteurs (par ex. la prestation de services, la médecine, le travail social, les autorités, la justice). Car le cadre d'un système national d'information sur les addictions ne peut être défini sans processus participatif ni sans tenir compte des aspects techniques (OMS & ONU DC 2020a).

Il faudrait en outre soutenir des projets de recherche solides qui analysent ce que les phénomènes d'addiction coûtent à l'échelle de la société entière et tiennent compte (entre autres) à la fois des causes sociales et des effets sociaux des addictions dans le calcul des coûts. Dans ce contexte, il convient de rappeler la nécessité de prendre en compte les caractéristiques des usagers et usagères, les instances référentes et les éventuelles offres de liaison. La question du recours et de l'interaction entre les offres de médecine de l'addiction financées par la LAMal et les offres du domaine social non financées par la LAMal présente un intérêt particulier pour l'étude. Ces approches d'analyse permettent d'identifier l'impact des structures de financement sur les pratiques d'orientation de la clientèle/clientèle et les éventuelles inégalités de traitement des groupes cibles. Ces études aident les professionnel·les et les décideur·s politiques à légitimer les investissements dans un système durable d'aide en matière d'addiction, qui prend également en compte le traitement des conséquences sociales et sociétales des addictions.

Par ailleurs, l'évaluation régulière de la fourniture de prestations permettrait d'analyser le système cantonal d'aide dans le domaine des addictions et de porter un jugement professionnel. Les documents et l'évaluation professionnels qui en résultent devraient être incorporés à un reporting qui serait établi régulièrement et mis à la disposition des institutions, des politiques et des autorités, de la clientèle et de ses proches, des médias et d'autres groupes encore (Fachverband Sucht 2018). Il s'agit non pas d'augmenter encore davantage la pression de légitimation que subissent les prestataires (cf. section 9.2.1), mais plutôt d'utiliser

¹⁵³ *Act-info* est un système de monitoring à l'échelle nationale dans le domaine de l'aide en matière d'addiction, qui recense la clientèle des offres ambulatoires et résidentielles, psychosociales et médicales. Depuis 2018, Addiction Suisse est responsable de la collecte de ces données. Le système de monitoring *act-info* est financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui assume également la responsabilité de l'ensemble du projet (*act-Info*, 2021).

efficacement les spécialisations des prestations. Par exemple, si les offres orientées vers l'abstinence sont très appropriées pour certaines personnes cibles, elles sont inadaptées pour d'autres. Pour concevoir des offres efficaces et adaptées aux besoins, il est donc recommandé de mener une réflexion à ce sujet. Des études longitudinales sur les parcours des cas et les effets des interventions de l'aide en matière d'addiction, basées par exemple sur des données d'indication ou d'évaluation (comme les études menées dans les cantons de Fribourg, Vaud, Valais, Bâle-Ville) et tenant compte des points de vue des personnes concernées, pourraient améliorer la qualité des traitements et favoriser un pilotage basé sur les preuves. Les personnes qui font appel de manière autonome à des offres d'aide en matière d'addiction et/ou qui les financent par leurs propres moyens sont sous-représentées dans les études de recherche actuelles. La présente étude n'a, elle non plus, pas interrogé les personnes usagers et usagères de l'aide aux personnes présentant une addiction. Pour mieux connaître les facteurs de succès et les exigences du système d'aide en matière d'addiction, il est recommandé de réaliser de nouvelles études qui s'intéressent de près aux points de vue et au savoir empirique de ces usagers et usagères. Sans cela, il est impossible de tirer des conclusions solides concernant la qualité des traitements et du suivi.

Les campagnes de sensibilisation et le travail d'information de la population

Pour sensibiliser la population, atteindre les groupes cibles et déstigmatiser les personnes concernées et leurs proches, il importe d'informer l'ensemble de la population sur les connaissances scientifiques les plus récentes concernant le phénomène de l'addiction, les effets d'une consommation à risque et d'une addiction comportementale, ainsi que sur les offres d'accompagnement et de traitement existantes. Bien qu'il existe des développements régionaux isolés, tant l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial que les tendances y relatives (p. ex. les nouvelles formes de consommation ou les addictions comportementales) ne sont pas liées aux frontières cantonales. De ce fait, il est recommandé aux cantons de s'associer et de développer conjointement des programmes de prévention et d'information. C'est notamment déjà le cas dans certaines régions pour les jeux d'argent (*Spielen ohne Sucht* ou le *Programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu [PILDJ]*) ou la protection de la jeunesse (*Jugendschutz Zentral*). D'autre part, compte tenu des différences de ressources entre les cantons, la Confédération pourrait à nouveau mettre à disposition (ou mandater des tiers à cet effet) davantage d'offres nationales de transfert de connaissances visant à sensibiliser et à informer. En ce qui concerne la proposition des expertes et experts cantonaux d'impliquer les pairs dans les travaux de prévention et d'information, il convient de garder à l'esprit que les approches de pair à pair nécessitent une bonne formation des pairs et un accompagnement professionnel étroit. L'intégration des pairs dans l'aide professionnelle en matière d'addiction s'avère en général fructueuse en raison de leur savoir empirique. Des ressources humaines et financières suffisantes devraient être mises à disposition pour de tels projets pilotes.

La formation initiale et continue des professionnel·les

Pour faire face à la pénurie de personnel qualifié à l'échelle nationale, il est recommandé de redoubler d'efforts dans le domaine de la formation initiale et continue. D'une part, les thèmes spécifiques aux addictions devraient être mis en avant dès la formation initiale des groupes professionnels concernés (par ex. la médecine, les soins, le travail social, la police). D'autre part, la coordination des formations continues dans le domaine des addictions devrait être améliorée et la réalisation de ces formations devrait être systématiquement rapportée. Outre la promotion des formations initiales et continues des professionnel·les, il est également recommandé de développer et d'élargir les connaissances spécifiques aux addictions des groupes

professionnels dans les domaines d'activité connexes : il convient de promouvoir et de développer systématiquement les connaissances et les compétences spécifiques aux addictions des points de premier recours ou des prestataires de soins primaires dans le secteur de la santé (p. ex. les professionnel·les de la santé, les services de soins ambulatoires, les services de conseil), dans le secteur social (p. ex. les services sociaux communaux ou régionaux, les autorités de protection de l'enfance et de l'adulte, les services de conseil spécialisés, etc.) et dans le secteur de l'éducation (p. ex. les services sociaux scolaires), à l'instar du projet pilote www.pepra.ch. Il convient de noter que la transmission de connaissances ne peut à elle seule atteindre l'objectif visé. Parallèlement, les conditions structurelles doivent être réunies pour permettre aux professionnel·les de mettre en pratique leurs connaissances (par exemple, la rémunération des activités de coopération et de mise en réseau, des voies de communication claires et efficaces, des outils numériques).

Synthèse des recommandations – Partie A

Soutenir des études scientifiques :

- Le coût social global des phénomènes d'addiction
- Les financements de l'aide en matière d'addiction et leur impact sur la pratique de l'indication
- Les tendances de développement en termes de contenu et de structure
- Les évaluations de l'efficacité dans le domaine de la prestation de services

Le développement d'un système de monitoring national :

- Prévalences, formes de consommation, tendances de consommation, tendances des addictions comportementales
- Les mouvements intercantonaux des usagers et usagères
- Les caractéristiques des usagers et usagères (par exemple, les comorbidités, le statut socio-économique)
- La compilation et le traitement de données spécifiques aux addictions provenant d'études et de statistiques internationales et nationales

Le travail de sensibilisation et d'information :

- pour l'ensemble de la population, informations sur la déstigmatisation
- pour des groupes cibles spécifiques ou des tendances sur le terrain
- pour les prestataires de soins primaires ou les professionnel·les des domaines connexes de l'aide en matière d'addiction

La formation initiale et continue :

- Les professionnel·les du système d'aide en matière d'addiction
- La transmission de connaissances et de compétences spécifiques aux addictions aux professionnel·les des domaines connexes et aux points de premiers recours

9.2 Champ thématique B - L'organisation politique de l'aide dans le domaine des addictions

Le champ thématique B porte sur l'organisation politique de l'aide dans le domaine des addictions. Dans certaines circonstances, sur ce deuxième axe, les problèmes d'addiction articulés dans la société sont constatés par des acteurs et actrices politiques et traités dans le cadre de programmes politiques. Pour ce faire, on établit en règle générale des bases légales, on détermine les compétences et on met le tout en œuvre sur les plans politique et administratifs (l'élaboration d'objectifs, de planifications, du financement, de la fourniture de prestations, les évaluations, etc.).

Les recommandations dans ce champ thématique se focalisent sur la garantie, par le biais du pilotage national, intercantonal et cantonal de l'aide en matière d'addiction, que toutes les personnes en Suisse à la recherche de conseil et d'aide et qui sont à risque ou touchées par une addiction aient la possibilité de bénéficier d'un accompagnement et d'un traitement équitable et adéquat des conséquences (somatiques, psychiques, sociales) de leur addiction, sans devoir pour autant supporter un risque financier. Pour atteindre cet objectif, des développements sont nécessaires au niveau (1) des bases stratégiques et légales de l'aide en matière d'addiction, (2) de la collaboration interdépartementale en matière de politique des addictions et (3) des structures de financement.

9.2.1 Les résultats de la présente étude

Le financement

Lors des entretiens avec les groupes de discussion, les professionnel·les interrogé·es ont attiré l'attention sur une forte augmentation de la charge administrative ; ceci en raison de *structures de financement* complexes et d'une considération économique croissante de l'aide en matière d'addiction. Cela crée par exemple de plus lourds obstacles administratifs aux garanties de prise en charge des coûts ou génère une pression croissante de légitimation vis-à-vis des organismes payeurs. Les expert·es déplorent par ailleurs que de moins en moins de temps soit disponible pour le travail auprès de la clientèle/patientèle (*section 8.4.1*).

Les résultats des entretiens des groupes de discussion montrent en outre qu'il y a actuellement plus de professionnel·les par client dans le réseau d'aide spécifique au cas qu'il y a dix ans. Selon les professionnel·les interrogé·es, cette situation serait liée à différents facteurs qui pourraient être regroupés sous la rubrique de l'« augmentation de la complexité des cas ». Alors que la complexité des cas n'a cessé d'augmenter, les ressources en temps des professionnel·les sont restées identiques, voire ont diminué (*sections 8.1.1 et 8.3*). Compte tenu de l'augmentation des besoins en matière de coordination, les expert·es interrogé·es ont déploré que la structure tarifaire du catalogue des prestations médicales dans les institutions non financées par la LAMal ne prévoit pas de crédits de temps pour les prestations de coordination des cas. Une situation similaire est décrite pour le secteur social. L'absence de financement ne concernerait pas seulement les prestations de coordination professionnelle, mais engloberait toute activité qui ne se déroule pas directement auprès du client ou de la cliente, par exemple les entretiens avec les proches (*section 8.4.1*).

Les bases légales

En rapport avec les différentes bases légales cantonales, les spécialistes interrogé·es lors des entretiens avec les groupes de discussion ont souligné une inégalité de traitement structurelle des groupes cibles. Les mécanismes de financement d'une consultation ou d'un traitement variaient selon les dispositions légales du canton de résidence en raison des facteurs personnels suivants :

- l'âge
- le statut socio-économique
- le lieu de résidence (commune)
- le permis de séjour
- le problème principal d'addiction

Ces facteurs rendent difficile, voire impossible, l'accès de certains groupes cibles à certaines offres d'aide en matière d'addiction. Afin de remédier à cette *inégalité structurelle de traitement des groupes cibles*, les expert·es ont demandé des modèles de financement durables qui garantirait à toutes les personnes à la recherche de conseil et d'aide une égalité de traitement et si possible la gratuité des offres médicales, psychosociales et sociopédagogiques de l'aide en matière d'addiction (section 8.4.1).

La politique cantonale des addictions

En ce qui concerne l'organisation du système de soins par les instances cantonales, l'absence de *collaboration interdépartementale* sur le thème des addictions au sein de l'administration cantonale a été discuté dans environ un groupe de discussion sur deux. Selon les expert·es, il est important d'identifier les interfaces au sein de l'administration cantonale et, le cas échéant, communale, de les traiter activement. La collaboration interdépartementale est également nécessaire dans l'administration. Par ailleurs, le *souhait d'une stratégie cantonale des addictions* ou d'une stratégie sanitaire et sociale d'un niveau hiérarchique supérieur, qui inclurait également le domaine de la prévention et de l'aide en matière d'addiction, a souvent été exprimé. Les représentant·es des offres d'aide en matière d'addiction et les représentant·es des administrations communales souhaitent être davantage impliqués dans l'organisation *cantonale de l'aide en matière d'addiction*. Dans ce contexte, un *échange institutionnalisé* est important et utile à la réflexion commune concernant l'offre et le développement conjoint de l'aide en matière d'addiction. Les analyses du pilotage de l'aide en matière d'addiction dans les cantons montrent en outre que tous les membres de la CDCA ne disposent pas des mêmes ressources, responsabilités et compétences dans leur canton. Une stratégie axée sur les besoins dans le canton aide non seulement à mettre en place une politique cohérente en matière d'addiction, mais aussi à aider les prestataires à planifier et à développer leurs offres en fonction des besoins. En ce qui concerne une politique cohérente en matière d'addiction, trois groupes de discussion ont également exprimé le souhait d'un positionnement clair et cohérent du canton vis-à-vis de la consommation de cannabis, et ce dans tous les domaines (section 8.4.2).

9.2.2 Les enseignements tirés du rapport « State of the Art »

Les structures de financement

En ce qui concerne le financement de l'aide résidentielle des addictions, on distingue deux principales sources de financement complémentaires. Celles-ci sont fournies par différentes instances et ont de fortes répercussions sur le système de santé et le système d'aide sociale, d'une part, et, surtout sur les personnes concernées, d'autre part. D'une part, il y a le secteur de la LAMal (le système de santé), dans lequel la plus grande partie des coûts est à la charge des assurances – conjointement aux cantons pour les séjours résidentiels dans les hôpitaux et les cliniques. D'autre part, il y a le secteur hors LAMal (le système d'aide sociale), c'est-à-dire des établissements psychosociaux et sociopédagogiques d'aide en matière d'addictions. Dans ce domaine, la situation financière des personnes concernées (prestations de l'AI ou besoin d'aide sociale) détermine le degré de compétence respective des cantons et des communes (les réglementations via les législations cantonales sur l'aide sociale et l'assistance). Comme les personnes présentant une addiction sont souvent sans le sou, l'obligation de payer par elles-mêmes les aides psychosociales et sociopédagogiques signifie concrètement que les coûts en question sont couverts par l'aide sociale de la commune de résidence ainsi que du canton. Toutefois, lorsque la clientèle dispose de moyens financiers suffisants, elle doit parfois les investir elle-même dans le traitement (Fachverband Sucht 2018). En outre, elle est soumise à une obligation de remboursement et doit donc rembourser la municipalité dès qu'elle est en mesure de le faire ultérieurement (Fachverband Sucht 2018). Lorsqu'une thérapie se déroule dans le cadre de l'exécution des mesures, ce sont les cantons qui assument les coûts (Künzi et al. 2019). En particulier, le financement du travail dans les interfaces entre les offres d'aide en matière d'addictions et les prestataires qui traitent *de problèmes sociaux* ou non liés aux addictions (problèmes d'argent, d'hébergement, d'emploi, etc.) n'est pas suffisamment couvert par les systèmes médicaux de facturation définis par la LAMal (NAS-CPD 2017).

Ces dernières années, on a assisté à la *transition* toujours plus prononcée *du financement de l'offre vers le financement de la personne*, c'est-à-dire du financement des structures et des établissements moyennant notamment des garanties en cas de déficit vers le financement des prestations individuelles fournies aux personnes concernées (NAS-CPD 2017). En revanche, elle a révélé une tendance à la médicalisation de l'addiction et ses conséquences négatives (Savary et al. 2021). Si les personnes atteintes d'une addiction présentent en outre des problèmes psychosociaux de longue durée ou importants, leurs cas sont transférés des organismes financeurs de prestations du système de santé vers ceux de l'aide sociale et inversement. Les personnes responsables dans les communes sont incitées à placer ces personnes dans le système de santé afin de ne pas avoir à en supporter la charge financière (NAS-CPA 2017).

Les bases stratégiques et juridiques

La Confédération délègue aux cantons des responsabilités et des compétences étendues en matière de prévention, d'organisation des soins et d'exécution de la LStup. La quantité des lois, et surtout de ce qui les distingue les unes des autres – que ce soient les différents niveaux de l'État (fédéral, cantonal et communal) qui les ont décrétées, leurs objectifs et leurs groupes cibles ou encore leurs mécanismes de financement (par ex. les prestations sociales sous condition de ressources versus l'assurance de certains risques) – constituent un obstacle majeur à l'élaboration d'un pilotage cohérent, au financement et à la fourniture de ses prestations. D'un point de vue professionnel, les bases légales nationales et cantonales devraient être révisées pour favoriser l'égalité de traitement des personnes à la recherche de conseil et d'aide ainsi que de leur protection. Les professionnel·le·s plaident pour une politique des addictions qui tienne compte des multiples formes de consommation de substances psychoactives et qui accepte leur consommation et les comportements excessifs comme une réalité sociale.

Toutefois, le fait que la Loi sur les stupéfiants (LStup) reste axée sur la prohibition constitue un défi. Il faut notamment critiquer les effets néfastes des poursuites pénales contre les consommateurs et consommatrices, l'inégalité de traitement entre la consommation de cannabis et d'alcool dans la circulation routière, la qualité problématique des drogues vendues sur le marché noir et les difficultés d'utiliser dans la médecine des stupéfiants interdits (Bundesrat 2021). Les modèles progressistes proposent de décriminaliser la consommation de substances psychoactives et de faire réguler le marché par l'État.

9.2.3 Recommandations

Les structures de financement

Les recommandations suivantes permettront d'appliquer les normes internationales de l'OMS et de l'ONU DC (2020a), qui exigent la gratuité et l'égalité de traitement de toutes les personnes demandant de l'aide, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur lieu de résidence, de leur problème principal, de leur statut socioéconomique et de leur droit de séjour : les cantons devraient adapter leurs bases légales en conséquence et développer des modèles de financement durables en collaboration avec tous les organismes de financement (la Confédération, les assurances, la justice, les communes). Compte tenu des différences entre les cantons, la présente recommandation d'action devrait être appliquée avec le soutien de la Confédération et des directives nationales en la matière. À court et moyen terme, les modèles de financement cantonaux peuvent être améliorés, en faveur de l'égalité de traitement des personnes concernées et de l'indication professionnelle. Cela peut se traduire, par exemple, par la compensation des charges à l'intérieur du canton pour soulager les finances communales, la suppression de l'obligation de remboursement pour les bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que par la suppression de la quote-part pour les traitements psychosociaux et sociopédagogiques.

Comme les cas d'aide en matière d'addiction sont souvent des situations d'accompagnement, de suivi et de conseil nécessitant une coopération intensive, il est recommandé de prendre en compte la question du besoin de crédits de temps alloué aux prestations de coordination spécifiques aux personnes présentant une addiction et alloué aux travaux qui ne sont pas effectués directement auprès de la clientèle/patientèle lors de l'élaboration de modèles de financement durables. Il serait souhaitable que le financement soit suffisamment large pour prendre également en compte le traitement des conséquences sociales des addictions.

Les bases stratégiques et juridiques

Il est recommandé de réaliser dans le canton (ou dans une région de soins intercantonale) une planification stratégique pluriannuelle pour le (re)développement de l'aide dans le domaine des addictions, avec des lignes directrices, des objectifs et des mesures dans ce sens, et de vérifier régulièrement si les objectifs sont atteints, par ex. à chaque période de législature. Une telle planification stratégique devrait s'appuyer sur une analyse des besoins et des offres, englober tous les champs d'action de la stratégie nationale Addiction et tenir compte des différentes perspectives des acteurs et actrices impliquées (les prestataires, le canton, les communes, les prestataires de soins primaires, etc.). Une forte culture de collaboration intracantonale entre les parties prenantes concernées peut favoriser la mise en œuvre d'une stratégie d'aide en matière d'addiction adaptée aux besoins. Pour les petits cantons, il pourrait être recommandé de réaliser la planification stratégique proposée (ou certains de ses

éléments) dans le cadre d'une association régionale transcantonale. En ce qui concerne les bases légales des cantons, il est essentiel, compte tenu des différents défis actuels liés aux structures de financement, que tous les cantons disposent de bases légales prévoyant le financement des mesures d'aide en matière d'addiction dans le *domaine de la santé et du social*.

Les tâches incombant aux délégué-es aux problèmes des addictions dans chaque canton

La Conférence des délégué-es cantonaux aux problèmes des addictions (CDCA) fait office d'interface entre la Confédération et les cantons, ainsi qu'entre les instances politiques et les expert·es en la matière. Les réunions organisées par la CDCA proposent maintes possibilités d'échanger des informations et des expériences relatives à la politique des quatre piliers. Dans ce contexte, les membres de la CDCA jouent souvent un rôle de conseil, d'information ou de médiation dans les processus politiques, l'organisation des soins, les structures de financement ou dans la communication des tendances de développement. Étant donné que l'expertise des membres de la CDCA ne se réduit pas aux aspects purement techniques, mais s'étend aux processus politiques (KKBS 2013), les membres de la CDCA devraient occuper une place centrale dans l'organisation de l'aide cantonale en matière d'addiction. Pour le poste de délégué-e cantonal·e, il est donc recommandé d'établir un profil de poste standardisé comprenant au moins les tâches suivantes :

- Direction du, ou participation au comité de pilotage interdépartemental pour l'aide en matière d'addiction
- Développement, mise en œuvre, suivi et évolution de la stratégie d'aide en matière d'addiction dans le canton (le cas échéant, dans la région)
- Animation de comités d'échange réguliers avec les prestataires du canton (le cas échéant, de la région)
- Représentation du canton au sein de la CDCA et accomplissement des tâches conformément aux statuts communs

Synthèse des recommandations – Partie B

Les bases stratégiques et légales :

- Développement d'une stratégie cantonale (éventuellement régionale) de l'aide en matière d'addiction
- Révision des bases légales (nationales, cantonales) conformément aux normes professionnelles, afin de remédier aux inégalités structurelles de traitement des groupes cibles dans l'accès aux offres d'aide en matière d'addiction

Le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions sur le plan politique :

- Organe interdépartemental dans le canton pour traiter les questions spécifiques aux addictions et organiser l'aide cantonale en matière d'addictions
- Élaboration d'un profil de poste standardisé pour les déléguées et délégués cantonaux aux problèmes des addictions
- Garantie de l'intégration des membres de la CDCA dans le pilotage cantonal de l'aide en matière d'addictions

Développement de modèles de financement durables et garantissant l'égalité de traitement :

- Égalité de traitement de toute personne à la recherche de conseil et d'aide
- Élimination des incitations économiques inopportunes lors de l'indication
- Suppression de la quote-part / de l'obligation de remboursement pour les traitements de l'addiction
- Financement du travail d'interface, des activités de mise en réseau et des prestations de coordination des professionnel·les

9.3 Champ thématique C – Offre et prestations

Le thème C porte sur les offres et les prestations professionnelles d'aide dans le domaine des addictions. Dans ce contexte, il s'agit par exemple de savoir si la prestation de services est réalisée de manière efficace, si elle répond aux objectifs politiques, si elle obtient les résultats escomptés ou si elle est adaptée de manière adéquate aux groupes cibles. Les recommandations dans ce champ thématique ont pour objectif de couvrir et développer une offre adaptée aux besoins dans toutes les régions de Suisse. La réalisation de cet objectif nécessite des développements au niveau (1) des palettes d'offres cantonales (2) de la planification et du développement de l'offre (inter)cantonale ainsi que (3) de l'accès et de l'accessibilité aux offres existantes.

9.3.1 Les résultats de la présente étude

Les palettes d'offres cantonales

La comparaison des offres cantonales montre que, selon le canton de résidence, les personnes en quête de conseils et d'aide disposent d'une offre d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addiction plus ou moins différenciée (section 6.1). Un grand nombre de lacunes dans l'offre de soins, déjà thématiques lors de l'enquête auprès des prestataires dans le domaine cible « Conseil, thérapie et hébergement », ont également été confirmées dans le cadre des entretiens des groupes de discussion. Les résultats de cette étude mettent donc en évidence la nécessité d'agir en matière de développement de l'offre cantonale et régionale. Les expert·es interrogé·es recommandent de développer l'offre de conseil ambulatoire, mobile et de proximité, les offres d'hébergement dans une institution, ainsi que l'accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (sections 8.1.1 et 8.2). Lors des entretiens avec les groupes de discussion, les professionnel·les ont demandé d'investir dans le développement et la mise en place d'offres à bas seuil dans le domaine de la réduction des risques et de l'aide à la survie (p. ex. les centres de contact et d'accueil, le *drug checking*). À cette même occasion, le besoin d'offres supplémentaires de *Housing First* a été exprimé (section 8.1.1). Le besoin de développer la palette d'offres a aussi été exprimé par les institutions prestataires interrogées dans le domaine cible qui ont pronostiqué une évolution croissante des besoins dans les années à venir pour presque tous les types d'offres et dans toutes les régions (section 8.1.2). Outre ces lacunes générales de l'offre, des lacunes spécifiques à certains groupes cibles ont été décelées dans de nombreux cantons. Les plus fréquemment citées concernent les groupes d'âge « enfants et ados » et « personnes à l'âge de la retraite ».

La planification des offres axée sur les besoins dans le canton/dans la région des soins

Selon les résultats de l'enquête menée auprès des institutions prestataires dans le domaine cible et des discussions des groupes de discussion, la planification de l'offre cantonale devrait à l'avenir se baser davantage sur une analyse complète des besoins et impliquer les groupes d'acteurs et actrices concernées. À cet égard, les expert·es interrogé·es ont souligné l'absence actuelle de réflexion et de développement de l'offre dans certains cantons (section 8.4.2). Les résultats de cette étude montrent en outre clairement que la réflexion et le développement de l'offre devraient se faire au-delà des frontières cantonales. D'une part, il existe à l'heure actuelle déjà de nombreux réseaux intercantonaux au niveau de la palette d'offres (section 6.1) et de l'utilisation intercantonale des offres (section 6.2.6) ; d'autre part, les professionnel·les interrogé·es ont souligné dans presque un entretien de groupe de discussion sur deux l'absence ou l'insuffisance de coordination intercantonale lors de la planification des offres (section 8.4.3).

L'accès et l'accessibilité

Les résultats des entretiens des groupes de discussion soulignent la nécessité d'implémenter ou de développer davantage d'offres de proximité, mobiles et à bas seuil, afin de mieux atteindre les personnes à risque d'addiction et les personnes présentant une addiction, et de mieux faire connaître les offres d'aide cantonales et régionales en matière d'addiction (n = 15). Selon les spécialistes interrogés, les groupes cibles insuffisamment atteints jusqu'à présent ne sont pas seulement les groupes particulièrement vulnérables, comme les personnes sans permis de séjour valable, mais aussi les personnes souffrant d'une dépendance qui ne se sentent pas concernées par les offres actuelles d'aide en matière d'addiction. Dans certains cantons, des exemples concrets ont été discutés dans ce contexte, où des offres mobiles et de proximité pourraient être davantage utilisées, notamment :

- Services des urgences
- Manifestations de loisirs
- Maisons de retraite et établissements médicosociaux
- Entreprises de restauration

Outre cette demande en faveur d'un plus grand nombre d'offres de proximité et à bas seuil, les résultats de cette étude mettent en évidence différentes lacunes dans l'offre de soins dues aux restrictions d'accès affectant certains domaines d'offre (p. ex. les thérapies résidentielles psychosociales et sociopédagogiques, les offres de réduction des risques) ou certains groupes cibles. De ce fait, un certain nombre d'offres existantes ne peuvent être envisagées à égalité par l'ensemble des groupes cibles (section 8.2).

9.3.2 Les enseignements tirés du rapport « State of the Art »

La palette des offres cantonales

Selon la LStup, l'accompagnement des personnes présentant des troubles liés à une addiction et nécessitant un traitement médical ou psychosocial ou des mesures de soins, relève de la compétence des cantons. Les prises en charge proposées dans le canton doivent avoir pour objectif d'assurer *l'intégration thérapeutique et sociale* des personnes présentant une ou plusieurs addictions. La Lstup oblige le canton à créer des institutions ou à soutenir des organisations privées, dans le but d'assurer la *prise en charge et la réinsertion professionnelle et sociale* des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, conformément aux critères de qualité en la matière (Lstup, art. 3d). Les cantons sont tenus de veiller à ce que leur population ait accès à un système d'aide dans le domaine des addictions qui réponde aux exigences minimales de l'OMS et de l'UNDOC. Cela implique de garantir l'égalité des chances d'accès aux offres suivantes :

- Les offres d'aide de proximité et à bas seuil,
- Les offres d'accompagnement dans les établissements non spécialisés,
- Les traitements résidentiels et ambulatoires,
- Les offres de traitements médicaux et psychosociaux,
- Les offres à long terme dans les établissements d'hébergement,
- Les offres de suivi (par ex. les structures d'accueil de jour, l'accompagnement ambulatoire dans les résidences privées).

Pour que les services d'aide répondent aux besoins spécifiques des personnes concernées à certains stades et à la gravité de leur problème d'addiction, l'offre de traitement devrait être disponible aux différents niveaux du système de santé et de protection sociale. Elle devrait en outre distinguer les groupes cibles et se focaliser sur les groupes vulnérables (WHO & UNODC 2020a).

La coordination des prestations de services :

En Suisse, L'aide en matière d'addictions incombe à la fois à la Confédération, aux cantons, aux communes et aux organisations privées. La Confédération est responsable de toutes les prestations fournies par des prestataires reconnus issus du secteur médical (les hôpitaux, les services ambulatoires, les médecins traitants, etc.) et financées par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). L'évolution de l'offre dans ce domaine est déterminée en grande partie par la planification hospitalière des cantons, le système tarifaire de la LAMal et l'interaction entre l'offre et la demande. Quant aux offres réglementées dans le cadre de la législation cantonale sur l'aide sociale ou la santé, elles relèvent de la compétence des cantons. Les prestataires dans ce domaine sont principalement des organisations privées qui ont mis en place les principaux axes de l'aide dans le domaine des addictions. Les structures cantonales de l'offre et des soins se sont développées au fil du temps et visent à prendre en compte le contexte et les particularités régionales (NAS-CPD 2017).

Il existe toutefois *des différences régionales importantes dans l'offre de soins* (Bundesrat 2021). Les offres de réduction des risques en sont un exemple : en 2019, sur les sept offres de *drug checking*, six étaient établies dans des cantons alémaniques (Marthaler 2019). En principe, la conception des offres se fonde sur le principe de l'égalité des chances selon lequel toute personne en Suisse est en droit de bénéficier d'un traitement adéquat pour son addiction. Or, les disparités communales, cantonales ou régionales entre les offres sont problématiques du point de vue de l'égalité des chances. Ce constat met clairement en évidence la nécessité d'une coordination intercantonale et suprarégionale des prestations de services (Baumberger & Knocks 2017).

L'accès et l'accessibilité

Différents facteurs subjectifs et structurels sont capables d'empêcher les personnes dont les habitudes de consommation de substances psychoactives ou les comportements sont problématiques et présentent un potentiel de dépendance, d'entrer en contact avec les offres d'aide et d'information existantes. Les facteurs personnels comprennent par exemple des limitations sur le plan de la santé (par ex. en raison de maladies psychiques), un statut économique inférieur, l'abandon d'une formation, l'isolement social ou géographique ou encore une mobilité réduite. Mais il y a aussi l'inaccessibilité délibérément choisie, que l'on observe souvent chez les ados et les jeunes adultes (Rimann, 2014). En outre, des facteurs structurels peuvent, eux aussi, freiner l'accès à ces offres. C'est le cas par exemple des heures d'ouverture et d'attente, de la répartition géographique des offres, des obstacles juridiques, des sujets tabous et de la stigmatisation des addictions (OMS & UNODC 2020a). Pour planifier des mesures stratégiques et opérationnelles de manière efficace, il est tout d'abord nécessaire d'identifier les barrières et les obstacles. Si ces derniers sont tantôt spécifiques à certains groupes cibles, tantôt généraux (Maier & Salis Gross 2015).

9.3.3 Recommandations

La palette des offres cantonales

Les cantons sont tenus de veiller à ce que leur population ait accès à un système d'aide dans le domaine des addictions qui réponde aux exigences minimales de l'OMS et de l'UNDOC. La palette des offres d'aide dans le domaine des addictions dans le canton devrait donc comprendre aussi bien des offres médicales que des offres du domaine social. La présente étude a permis d'identifier les lacunes cantonales et suprarégionales (sections 6.2.1, 8.1.1 et 8.2). Il faudrait notamment développer à l'avenir des offres à bas seuil et de proximité, des offres dans les domaines de l'hébergement dans une institution, de l'accompagnement ambulatoire dans des résidences privées, de la réduction des risques et de l'aide à la survie. Indépendamment du système d'aide dans le domaine des addictions, il faudrait également investir dans le développement de logements inconditionnels et abordables financièrement. Dans le cadre de coopérations intercantionales, des offres peuvent également être proposées en dehors du canton, pour autant que la population cantonale bénéficie d'un accès égalitaire. Dans un souci d'équité, la Confédération devrait soutenir les cantons afin que toute personne puisse bénéficier de manière équitable d'une offre de conseil et de traitement dans toute la Suisse. Dans l'esprit d'une approche de *bench-learning*, les formats d'échange intercantonaux existants (tels que la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales, la CDCA, le Forum Suchtmedizin, Spielen ohne Sucht) devraient être utilisés pour réagir en particulier aux lacunes de l'offre perçues au niveau cantonal et régional. Par exemple, certains cantons ont constaté une pénurie de formes d'hébergement encadré adaptées aux personnes âgées. Parallèlement, certains cantons ont déjà de l'expérience et ont développé des systèmes de financement permettant d'élargir l'éventail des prestations des établissements médico-sociaux existants à la prise en charge des personnes âgées présentant une addiction. Il en va de même pour le domaine de la réduction des risques, qui n'est pas suffisamment couvert dans de nombreux cantons. Des modèles de gestion conjointe de l'offre, tels qu'ils existent en Suisse centrale, pourraient être envisagés.

La planification de l'offre et la coordination de la prestation de services

L'organisation de la prestation de services devrait se baser sur une planification de l'offre précédée d'une analyse des besoins et élaborée en collaboration avec toutes les parties prenantes. Dans ce contexte, la planification et la coordination de l'offre devraient prendre en compte aussi bien les offres médicales, psychosociales que sociopédagogiques, même si les possibilités de pilotage des cantons sont limitées en ce qui concerne les prestations médicales. À une étape ultérieure de la coordination des prestations, il est recommandé d'impliquer les prestataires de façon active dans la planification de l'offre. Il est en outre nécessaire de prendre systématiquement en compte le savoir-faire des prestataires de soins. Cette forme de coordination des prestations devrait porter essentiellement sur les parcours de soins des personnes présentant une ou des addictions (mot-clé : les soins intégrés).

Même les cantons dont la population est trop petite pour disposer de leur propre palette d'offres complète ont le devoir de garantir à leur population l'égalité des chances d'accès à un système d'aide complet en matière d'addiction. Il est donc recommandé que les cantons collaborent systématiquement avec leurs cantons voisins (et éventuellement d'autres cantons) dans l'organisation de l'aide en matière d'addiction et qu'ils s'associent pour former une région de soins intercantonale. Une coordination supracantonale dans des régions définies de planification régionales permet, notamment dans les petits cantons, de traiter plus efficacement

les cas de sous-utilisation ou de surutilisation des établissements ainsi que les éventuels besoins de développement des offres. Il est recommandé dans tous les cantons ou, le cas échéant, dans les régions, d'évaluer et de réfléchir à la planification de l'offre à intervalles réguliers.

Les régions de prise en charge ont pour objectif de favoriser la planification, l'harmonisation et la coordination des offres d'aide en matière d'addictions à une échelle supracantonale. Les membres de la CDCA ont commencé (lors de la séance de la CDCA du 15 septembre 2022) à établir les bases permettant de créer des régions de prise en charge et de développer des concepts de collaboration régionale adaptés aux besoins des cantons concernés. Un tel développement pourrait être réalisé – par exemple dans le cadre d'un projet pilote – dans deux régions et par la même occasion faire l'objet d'une évaluation. Les disparités entre les cadres institutionnels des cantons (par ex. en ce qui concerne les compétences, le pilotage et le financement de l'aide dans le domaine des addictions) représentent un défi de taille lorsqu'il s'agit de renforcer la collaboration intercantonale et l'aménagement régional. Pour pouvoir surmonter ces difficultés, il est indispensable de standardiser les informations et mettre en place des dispositifs d'échange régulier. En outre, la Confédération devrait elle aussi soutenir les cantons dans la planification et la coordination de leur offre, notamment parce qu'une grande partie du système d'aide dans le domaine des addictions fait partie des structures nationales (LAMaI).

L'accès et l'accessibilité

D'un point de vue professionnel, rien ne justifie de rendre difficile ou impossible l'accès aux offres d'aide et d'information à certains groupes de personnes en quête de conseils et d'aide, en raison de leur âge, de leur statut socio-économique, du statut légal de leur problème principal d'addiction, de leur lieu de résidence ou de leur permis de séjour. Pour cette raison, les bases légales actuelles de la fourniture et du financement des prestations aux niveaux cantonal et national devraient être examinées sous l'angle des inégalités structurelles de traitement des groupes cibles et modifiées en conséquence. Cela permettrait de franchir une étape importante dans la suppression des obstacles structurels à l'accès. Par ailleurs, il existe encore d'autres facteurs structurels et personnels qui peuvent rendre difficile le recours à des prestations d'aide.

Il est recommandé de mener d'autres études visant à identifier les barrières et les obstacles à l'accès (spécifiques aux groupes cibles), tant au niveau cantonal que national. Tandis que certaines personnes à risque ou atteintes d'une addiction ne souhaitent délibérément pas être atteintes par le système d'aide dans le domaine des addictions, d'autres groupes particulièrement vulnérables n'ont en revanche pas encore été suffisamment atteints par les structures d'offre et les voies d'accès de l'aide dans le domaine des addictions. Pour ces derniers groupes de personnes, il convient donc de promouvoir des offres de proximité adaptées aux modes et lieux de vie des groupes cibles concernés, par ex. les maisons de retraite, les entreprises de restauration, les services d'urgences ou les manifestations de loisirs.

Synthèse des recommandations – Partie C

Le développement et la planification de l'offre en fonction des besoins :

- Le développement de l'offre en fonction des lacunes identifiées dans l'offre du canton/de la région
- L'analyse régulière des besoins en tenant compte des prestataires, des prestataires de soins primaires, des usagers et usagères et des évolutions internationales et nationales (dans le canton / la région de soins)
- L'examen régulier du système de soins et la planification de l'offre en fonction des besoins

L'accès et l'accessibilité :

- Identifier les obstacles et les barrières à l'accès (légales, financières, géographiques, linguistiques, sociales, etc.)
- Faire connaître les offres existantes à la population générale, promouvoir les offres de proximité
- Développer l'accès à bas seuil des services d'accueil et de conseil.

9.4 Champ thématique D – Les systèmes de soins

Le champ thématique D concerne la fourniture de prestations dans des structures ou des réseaux de soins dans un bassin de population donné (par ex. une commune, un district, un canton ou une région intercantonale). Il soulève des questions de coordination des offres dans la chaîne de soins (mot-clé : « les soins intégrés ») et de l'orientation ou du pilotage des offres en fonction des besoins des personnes concernées (par ex. l'accès à bas seuil, le *Case Management*). Les recommandations dans ce champ thématique visent à offrir aux personnes affectées par l'addiction ou à risque et à leurs proches une orientation et une médiation vers les offres d'aide dans le champ multidisciplinaire de l'aide en matière d'addiction et à mettre à leur disposition un accompagnement spécialisé dans la gestion de leur problème. Pour atteindre ces objectifs, des développements sont nécessaires au niveau (1) de l'indication professionnellement fondée (2) du suivi des parcours des cas en faveur de leur qualité de leur traitement et de la réalisation des objectifs, ainsi que (3) de la coopération et de la coordination des prestataires (à propos des cas).

9.4.1 Les résultats de la présente étude

Le pilotage des cas basé sur l'indication dans le domaine des thérapies résidentielles

Dans les groupes de discussions, les professionnel·les interrogé·es ont déploré le manque de prise de conscience de la part de certains organismes payeurs concernant les besoins en ressources indiqués par les professionnel·les pour une thérapie réussie des addictions et une intégration sociale durable. Les expert·es ont constaté ces derniers temps une tendance à privilégier les offres de thérapie financées par la LAMal et parlaient dans ce contexte d'une

économisation croissante de l'aide en matière d'addiction. Par conséquent, les offres psychosociales et sociopédagogiques résidentielles sont soumises à une forte pression économique et doivent parfois faire face à des problèmes d'occupation et de financement. Pour améliorer l'indication par les professionnel·les, il faudrait mettre en place un ou plusieurs centres cantonaux d'accueil et/ou de coordination pour toutes les personnes en quête d'aide et de conseils, qui pourraient prendre en charge les indications des professionnel·les pour les offres de traitement résidentiel (section 8.4).

La coopération et coordination entre les prestataires

Les résultats de l'enquête auprès des prestataires et de l'analyse secondaire de la Statistique médicale des hôpitaux par l'OBSAN montrent qu'une grande partie des personnes présentant une addiction font appel à des offres qui échappent aux outils de pilotage des cantons. Il semble d'autant plus important de mettre sur pied des coopérations entre les offres médicales d'une part et les offres psychosociales et sociopédagogiques d'autre part, et de veiller à leur bon fonctionnement. En effet, une personne sur trois se tourne vers une offre ambulatoire ou semi-résidentielle financée par la LAMal à l'issue de soins en médecine résidentielle des addictions, tandis que seuls 5% ont recours à une offre d'accompagnement psychosociale et sociopédagogique ambulatoire. Dans l'ensemble, on constate un *faible enchevêtrement de l'offre entre ces deux systèmes* (section 6.2.5). Il ressort également de la majorité des entretiens des groupes de discussion et de l'enquête auprès des prestataires que la collaboration intra- et intercantonale entre les prestataires présente un potentiel d'amélioration. En première ligne, le manque de ressources destinées aux activités de coopération et de coordination est mis en cause. Selon les professionnel·les interrogé·es, une culture de collaboration intracantonale et suprarégionale permettrait d'améliorer la qualité du traitement et du suivi au niveau des cas. À cet égard, un tiers des groupes de discussion souhaitent par ailleurs une plus grande *collaboration avec les domaines voisins* (par exemple la justice, la police, l'aide aux personnes en situation de handicap, les écoles, les autorités de protection de l'enfance et des adultes) (section 8.4.3).

9.4.2 Les enseignements tirés du rapport « State of the Art »

Le domaine politique de l'« aide en matière d'addiction » se caractérise par un arrangement complexe de compétences, d'acteurs, d'actrices et de programmes politiques différents. Ainsi, la Confédération, les cantons, les organisations privées et, au niveau du cas individuel, les communes sont toutes et tous responsables de l'aide en matière d'addiction.

Dans le système politique suisse, cela entraîne diversité fédérale et, dans le meilleur des cas, un fédéralisme coopératif. Dans une perspective horizontale, il s'agit de la collaboration et de la coordination entre les communes ou les cantons ; dans une perspective verticale, il s'agit de l'enchevêtrement des tâches entre les niveaux étatiques et les organisations privées. Le fédéralisme marqué de la Suisse se manifeste ici en particulier sous la forme d'un fédéralisme d'exécution. La Confédération se voit attribuer une compétence législative, en contrepartie de quoi les cantons sont chargés de l'exécution, tout en bénéficiant d'une marge de manœuvre plus ou moins importante (Linder & Mueller 2017, Vatter 2014).

La coopération et la coordination entre les prestataires

Dans le domaine de l'aide en matière d'addictions, il n'existe pratiquement aucune modalité de traitement qui, à elle seule, pourrait résoudre de manière adéquate l'ensemble des problèmes (sanitaires, sociaux et juridiques). En fin de compte, les différentes prestations des organisations ne sont donc utilisables et efficaces que si elles sont judicieusement incorporées aux *structures de prestations* en amont, en parallèle et en aval (Müller & Stremflow, 2006). L'aide en matière d'addiction ne peut réagir aux problèmes multiples et complexes des personnes présentant une addiction qu'à travers un système de coopération interdisciplinaire. Le bon fonctionnement des systèmes de coopération nécessite un objectif d'action commun et une compréhension mutuelle de tous les groupes d'acteurs et d'actrices. Dans les coopérations impliquant plusieurs participant·es, il est essentiel de respecter la procédure de consensus lors de la prise de décisions, même lorsque le temps presse, afin que tous les partenaires de la coopération soutiennent le déroulement ultérieur de la coopération (Maibach und Willimann 2015). Bien qu'une multitude de parties prenantes à la coopération puisse rendre la collaboration difficile, il ne faut pas oublier qu'un réseau de coopération à grande échelle peut aussi augmenter les bénéfices pour toutes les parties (Hafen 2015). Afin d'accroître le degré d'intégration, la coopération peut par exemple être intégrée à la collectivité et donc être soumise à l'administration publique. Or, le soutien et le contrôle de l'État permettent d'accroître le degré d'engagement et de formalisation (Hafen 2015).

Récemment, l'Office fédéral de la santé publique (2016) et le Fachverband Sucht (2018b) se sont penchés sur le thème de l'amélioration de la collaboration interinstitutionnelle, respectivement de la promotion des soins intégrés et coordonnés. La journée d'étude du Fachverband Sucht en 2018, intitulée « Mise en réseau – Coopération – Intégration », a permis d'appréhender les défis qui se dessinent, de présenter des modèles qui fonctionnent, et d'identifier les facteurs de réussite (Fachverband Sucht 2018b). L'échange continu et interdisciplinaire avec d'autres prestataires de services peut, dans certaines circonstances, entraîner une pression temporelle et des incertitudes quant au succès d'une institution. D'autre part, une gestion transparente et ouverte des erreurs et des défis dans le cadre d'un système de coopération peut contribuer de manière importante à l'assurance et à l'amélioration de la qualité (Hafen 2015).

Le Case Management/la collaboration à propos des cas

Agissant tel un élément liant au sein d'un système de soins, le *Case Management* pratiqué dans l'aide en matière d'addictions gagne toujours plus d'importance dans les discussions (Arendt 2018, Bartsch 2017). Les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de l'aide dans le domaine des addictions revêtent une importance particulière, tout comme la mise en réseau efficace des différents secteurs de soins (Marschall et al. 2009). Selon les normes de l'OMS et de l'ONU DC (2020a), la santé et le bien-être des personnes concernées par l'addiction devraient régulièrement faire l'objet d'une évaluation au cours du traitement. Il convient en outre de vérifier si ces personnes ont pu atteindre leurs objectifs de traitement individuels et si le plan de traitement les aide encore suffisamment à surmonter leurs problèmes. Mais la mise en place d'un *Case Management* ainsi que son évaluation sont des processus gourmands en ressources et le rôle ainsi que les conditions-cadres organisationnelles et structurelles d'un *Case Management* peuvent également varier, ce qui rend difficile la comparaison de différents systèmes et de leurs effets (Schmid & Vogt 2022). Les études menées jusqu'à présent montrent que le *Case Management* peut avoir des influences positives sur les personnes concernées, notamment sur leur volonté de suivre un traitement et leur satisfaction

dans la vie. À cet égard, la relation entre les personnes en quête d'aide et les gestionnaires de cas joue un rôle décisif.

9.4.3 Recommandations

La coopération et la coordination avec et entre les prestataires de soins

La collaboration étroite et la mise en réseau de tous les groupes d'acteurs et d'actrices de l'aide en matière d'addiction et des domaines connexes sont nécessaires à l'organisation d'un système de soins efficace. Il convient notamment de veiller à identifier les doubles emplois, les effets de porte tournante ou les lacunes de l'offre dans les processus de soins, ce qui permettra d'adapter les offres aux besoins des usagers et usagères (Stremlow et al. 2019). La base d'une coopération interdisciplinaire réussie dans le système d'aide en matière d'addiction est un objectif commun qui sert d'orientation. Il existe deux approches différentes pour mettre en place et favoriser la coopération : (a) les instances cantonales favorisent la collaboration entre les institutions prestataires (coordination cantonale ; « l'approche *top-down* ») et (b) encourager les coopérations autogérées ou les mises en réseau entre les prestataires (« l'approche *bottom-up* »). Idéalement, les deux approches seront combinées.

Il est recommandé de mettre en place des dispositifs permettant aux différents groupes d'acteurs et actrices (politiques, prestataires, organismes de financement, etc.) d'échanger à intervalles réguliers et de manière systématique sur les évolutions s'opérant sur le terrain ainsi que sur le développement, l'utilisation et la coordination des offres. Ces dispositifs d'information et de mise en réseau peuvent se déployer dans le canton en question ou dans le cadre d'un regroupement intercantonal dans la région. Pour favoriser l'échange et la mise en réseau entre les groupes d'acteurs et d'actrices concernées, il est en outre recommandé de mettre sur pied des plateformes numériques et des manifestations. La collaboration entre les différents acteurs et actrices de l'aide dans le domaine des addictions devrait être planifiée à long terme et, dans la mesure du possible, formalisée et institutionnalisée, par exemple dans le cadre d'un accord de coopération, afin de renforcer le caractère obligatoire pour les membres. Cette institutionnalisation doit apporter à toutes les parties prenantes un bénéfice qui justifie l'investissement potentiellement accru en ressources personnelles et temporelles (Gadient 2015, Maibach und Willimann 2015). Pour favoriser les systèmes de coopération, il est également recommandé de mettre en place un service national de coordination pour l'ensemble des acteurs et actrices dans le domaine des addictions. Un tel service se consacrerait aux activités administratives et aux tâches de médiation et pourrait ainsi soulager les membres du réseau au regard de leurs ressources (Hafen 2015).

Les indications et le Case Management pour les cas complexes

La clientèle de l'aide dans le domaine des addictions fait généralement appel à diverses prestations. Si ces dernières ne sont pas suffisamment coordonnées, il se peut que la qualité du traitement ou la réalisation des objectifs thérapeutiques en souffrent. La présente étude met plusieurs fois en évidence le financement insuffisant du travail d'interface à ce jour. En raison de cette lacune, il est impossible de garantir en toutes circonstances que les personnes cherchant de l'aide soient accompagnées par des professionnel·les dans la résolution de leurs problèmes et qu'elles soient mises en réseau avec des offres d'aide appropriées. Il est donc recommandé de considérer l'accompagnement professionnel des cas comme une prestation améliorant la qualité du système de soins et de l'institutionnaliser en conséquence (par

exemple moyennant une convention de prestations ou la mise en place d'un service à bas seuil pour le *Case Management*). Dans le cadre de l'accompagnement professionnel de cas, il convient d'une part de définir avec la personne atteinte d'une addiction les objectifs individuels à atteindre et de les évaluer régulièrement. D'autre part, le service chargé de la gestion du cas devrait orienter les personnes concernées vers les offres nécessaires à la réalisation de leurs objectifs et les mettre en relation avec les prestations d'aide des secteurs connexes de l'aide en matière d'addiction.

La coordination des cas et l'harmonisation des différentes prestations d'aide pour atteindre au mieux les objectifs individuels de traitement de la clientèle sont donc au centre d'un *Case Management*. Il ne faut pas oublier qu'il existe différentes formes de *Case Management* dont l'impact est difficile à évaluer pour des raisons méthodologiques.

L'orientation professionnellement indiquée des personnes concernées vers une offre d'aide psychosociale et sociopédagogique en matière d'addictions adaptée à leurs besoins ne peut avoir lieu que s'il n'existe aucun obstacle structurel à l'accès ni aucune incitation économique inopportune. C'est pourquoi il est recommandé de mettre en place un centre d'indication¹⁵⁴ à bas seuil, dirigé par des professionnel·les. Ce dernier poserait des indications différenciées pour les thérapies résidentielles et les situations particulièrement complexes. Il est essentiel que ce service puisse agir indépendamment des organismes payeurs et que l'indication soit posée en tenant compte des droits de la personnalité et en collaboration avec les personnes demandant de l'aide. Une indication professionnellement fondée des thérapies résidentielles permettrait d'une part de désamorcer la situation des incitations économiques inopportunes et d'autre part d'améliorer l'égalité de traitement des personnes en quête d'aide. En outre, un tel centre de coordination pourrait faire office de point de contact et d'information pour les prestataires de soins primaires, les proches ou des tiers.

¹⁵⁴ Selon la taille du canton, il est recommandé de proposer les services du centre de coordination et/ou d'indication sur plusieurs sites afin de garantir l'accessibilité géographique. Dans les petits cantons, une offre de genre pourrait également être réalisée dans le cadre d'une association intercantonale.

Synthèse des recommandations – Partie D

Le pilotage du centre d'indication par le canton :

- Soutien par le canton pour établir des indications professionnelles à l'aide d'un instrument d'évaluation éprouvé pour des situations de cas définies (p. ex. pour des cas complexes dans un contexte résidentiel)
- Mise en place d'un service central d'accueil, de coordination et/ou d'indication

La coopération et la coordination avec et entre les prestataires :

- Soutien de la coopération et de la coordination par la couverture des coûts des activités de mise en réseau et la mise à disposition d'espaces d'échange institutionnalisés (mot-clé : soins intégrés).
- Implication des prestataires dans l'organisation de l'aide en matière d'addiction
- Implication des prestataires dans la réflexion et le développement de l'offre

Suivi des parcours des cas / Case Management :

- Mise en place et développement de la coordination des cas et de la collaboration entre les prestataires.
- Mise en place ou développement d'un service de case management à bas seuil pour les cas complexes

Synthèse des recommandations

Soutenir des études scientifiques :

- Le coût social global des phénomènes d'addiction
- Les financements de l'aide en matière d'addiction et leur impact sur la pratique de l'indication
- Les tendances de développement en termes de contenu et de structure
- Les évaluations de l'efficacité dans le domaine de la prestation de services

Le développement d'un système de monitoring national :

- Prévalences, formes de consommation, tendances de consommation, tendances des addictions comportementales
- Les mouvements intercantonaux des usagers et usagères
- Les caractéristiques des usagers et usagères (par exemple, les comorbidités, le statut socio-économique)
- La compilation et le traitement de données spécifiques aux addictions provenant d'études et de statistiques internationales et nationales

Le travail de sensibilisation et d'information :

- pour l'ensemble de la population, informations sur la déstigmatisation
- pour des groupes cibles spécifiques ou des tendances sur le terrain
- pour les prestataires de soins primaires ou les professionnel·les des domaines connexes de l'aide en matière d'addiction

La formation initiale et continue :

- Les professionnel·les du système d'aide en matière d'addiction
- La transmission de connaissances et de compétences spécifiques aux addictions aux professionnel·les des domaines connexes et aux points de premiers recours

Les bases stratégiques et légales :

- Développement d'une stratégie cantonale (éventuellement régionale) de l'aide en matière d'addiction
- Révision des bases légales (nationales, cantonales) conformément aux normes professionnelles, afin de remédier aux inégalités structurelles de traitement des groupes cibles dans l'accès aux offres d'aide en matière d'addiction

Le pilotage de l'aide dans le domaine des addictions sur le plan politique :

- Organe interdépartemental dans le canton pour traiter les questions spécifiques aux addictions et organiser l'aide cantonale en matière d'addictions
- Élaboration d'un profil de poste standardisé pour les déléguées et délégués cantonaux aux problèmes des addictions
- Garantie de l'intégration des membres de la CDCA dans le pilotage cantonal de l'aide en matière d'addictions

Synthèse des recommandations

Développement de modèles de financement durables et garantissant l'égalité de traitement :

- Égalité de traitement de toute personne à la recherche de conseil et d'aide
- Élimination des incitations économiques inopportunes lors de l'indication
- Suppression de la quote-part / de l'obligation de remboursement pour les traitements de l'addiction
- Financement du travail d'interface, des activités de mise en réseau et des prestations de coordination des professionnel·les

Le développement et la planification de l'offre en fonction des besoins :

- Le développement de l'offre en fonction des lacunes identifiées dans l'offre du canton/de la région
- L'analyse régulière des besoins en tenant compte des prestataires, des prestataires de soins primaires, des usagers et usagères et des évolutions internationales et nationales (dans le canton / la région de soins)
- L'examen régulier du système de soins et la planification de l'offre en fonction des besoins

L'accès et l'accessibilité :

- Identifier les obstacles et les barrières à l'accès (légales, financières, géographiques, linguistiques, sociales, etc.)
- Faire connaître les offres existantes à la population générale, promouvoir les offres de proximité
- Développer l'accès à bas seuil des services d'accueil et de conseil

Le pilotage du centre d'indication par le canton :

- Soutien par le canton pour établir des indications professionnelles à l'aide d'un instrument d'évaluation éprouvé pour des situations de cas définies (p. ex. pour des cas complexes dans un contexte résidentiel)
- Mise en place d'un service central d'accueil, de coordination et/ou d'indication

La coopération et la coordination avec et entre les prestataires :

- Soutien de la coopération et de la coordination par la couverture des coûts des activités de mise en réseau et la mise à disposition d'espaces d'échange institutionnalisés (mot-clé : soins intégrés).
- Implication des prestataires dans l'organisation de l'aide en matière d'addiction
- Implication des prestataires dans la réflexion et le développement de l'offre

Suivi des parcours des cas / Case Management :

- Mise en place et développement de la coordination des cas et de la collaboration entre les prestataires.
- Mise en place ou développement d'un service de case management à bas seuil pour les cas complexes

10 Indexes

10.1 Index des figures

Figure 1 : les phases et niveaux d'action dans l'organisation des soins sociaux (Stremflow et al. 2019)	2
Figure 2 : proportion de la population résidant dans le noyau urbain (2021)	28
Figure 3 : fréquence de la consommation quotidienne d'alcool en 2017	29
Figure 4 : prévalence de la consommation de cannabis en 2017	30
Figure 5 : taux d'hospitalisation pour le diagnostic principal ou secondaire d'un trouble lié à la consommation de substances en 2021	31
Figure 6 : équivalents plein temps pour 100 000 habitant·es dans l'accompagnement ambulatoire des addictions (Suisse alémanique ; base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	38
Figure 7 : nombre de places de thérapie résidentielle des addictions (type 2a) pour 100 000 habitant·es (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	39
Figure 8 : taux d'occupation des places dans la thérapie résidentielle des addictions à la date de référence (le 31 décembre 2021) (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3) ..	40
Figure 9 : nombre de places dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4) pour 100 000 habitant·es (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	43
Figure 10 : taux d'occupation des places dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4) (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	44
Figure 11 : budget horaire hebdomadaire pour l'accompagnement ambulatoire d'une personne dans les résidences privées (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	45
Figure 12 : taux d'utilisation/occupation de l'offre dans le domaine cible à la date de référence (31 décembre 2021) (Base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	48
Figure 13 : estimation du taux d'occupation à la date de référence du 31 décembre 2021 par les prestataires du domaine cible (Base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	49
Figure 14 : Estimation du taux d'occupation par les prestataires dans le domaine cible au cours de la dernière année (2021) (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	51
Figure 15 : Nombre de prestataires dans le domaine cible par région (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	53
Figure 16 : répartition régionale des offres du type « Thérapie résidentielle des addictions 2a » et « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) » à la date de référence	

(31 décembre 2021) (base de données pour les deux types d'offres : questionnaire B1, cf. Tableau 3))	55
Figure 17 : répartition régionale des offres dans le domaine de l'hébergement dans une institution (type 3, type 4). (base de données : questionnaire B1, cf. Tableau 3)	56
Figure 18 : nombre de bénéficiaires dans le domaine cible par canton de résidence pour 100 000 habitant·es (2021)	62
Figure 19 : nombre de bénéficiaires de la médecine résidentielle des addictions pour 100 000 habitant·es (2020).....	63
Figure 20 : les bénéficiaires du domaine cible (2021) et de la médecine résidentielle des addictions (2020) par sexe	71
Figure 21 : usagers et usagères dans le domaine cible selon l'apparition d'éventuelles comorbidités (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	80
Figure 22 : offres de liaison et trajectoires d'orientation des usagers et usagères de la thérapie résidentielle des addictions (type 2a) selon l'évaluation réalisée par les prestataires du domaine cible (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3).....	82
Figure 23 : trajectoires d'orientation et d'offre de liaison les plus fréquentes des usagers et usagères de la médecine résidentielle des addictions (type 2b). D'après l'analyse secondaire de la Statistique médicale des hôpitaux (OFS, 2021) réalisée par l'OBSAN (2022).....	84
Figure 24 : l'interdépendance intercantonale de l'utilisation de la thérapie résidentielle des addictions (type 2a).....	86
Figure 25 : l'interdépendance des cantons pour l'utilisation de leurs offres respectives de « Médecine résidentielle des addictions (type 2b) »	88
Figure 26: utilisation intercantonale des offres d'hébergement dans une institution (types 3 & 4)	89

10.2 Index des tableaux

Tableau 1 : typologie de l'aide dans le domaine des addictions.....	8
Tableau 2 : types de prestations dans le domaine « Thérapie, conseil et hébergement ».....	9
Tableau 3 : Méthodologie de recherche.....	11
Tableau 4 : taux de réponse au questionnaire par les prestataires (B2)	13
Tableau 5 : les quatre axes de développement de l'aide dans le domaine des addictions, d'après StremLOW et al., (2019)	20
Tableau 6 : les types de différenciation de l'offre d'aide en matière d'addiction (base de données : questionnaire A, cf. Tableau 3)	33

Tableau 7 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Accompagnement et thérapie ambulatoires en matière d'addiction (type 1a) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. Tableau 3).....	37
Tableau 8 : La capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Thérapie résidentielle des addictions (type 2a) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. Tableau 3).....	38
Tableau 9 : la capacité et le taux d'occupation/utilisation de la médecine résidentielle des addictions (type 2b) en 2020 (BFS, 2021).....	41
Tableau 10 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Hébergement assisté dans une institution (type 3) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. Tableau 3)	42
Tableau 11 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Hébergement en institution proposant un accompagnement ambulatoire (type 4) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. Tableau 3)	42
Tableau 12 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Accompagnement ambulatoire dans les résidences privées (type 5) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. Tableau 3).....	44
Tableau 13 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Organisations de placement familial (type 6) » (base de données : questionnaire B2, cf. Tableau 3)	46
Tableau 14 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Hébergements d'urgence (type 7) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. Tableau 3)	46
Tableau 15 : la capacité et les taux d'utilisation ou d'occupation : « Housing First (type 8) » (base de données : questionnaires B1 et B2, cf. Tableau 3)	47
Tableau 16 : Base de données des analyses sur la répartition des usagers et usagères par canton de résidence (questionnaire B2, cf. Tableau 3)	59
Tableau 17 : usagers et usagères par canton de résidence par rapport à la population cantonale (base de données : « Statistique médicale des hôpitaux » (OFS 2020b)	60
Tableau 18 : données exploitées pour analyser les caractéristiques de la clientèle.....	65
Tableau 19 : les bénéficiaires de l'accompagnement ambulatoire en matière d'addictions et de la thérapie des addictions, par catégorie/forme d'accompagnement	66
Tableau 20 : données exploitées dans l'analyse de la « répartition de la clientèle par étape de vie ».....	67
Tableau 21 : données exploitées dans l'analyse de la « répartition de la clientèle par sexe »	70
Tableau 22 : les données exploitées dans l'analyse de la « répartition de la clientèle par problème principal »	73
Tableau 23 : les données exploitées dans l'analyse de la « répartition de la clientèle par comorbidité »	79
Tableau 24 : bilan intercantonal de l'utilisation de l'offre de type 2a (thérapie résidentielle des addictions)	87

Tableau 25 : bilan intercantonal de l'utilisation de l'offre de type 2b (médecine résidentielle des addictions).....	88
Tableau 26: bilan d'utilisation intercantonale dans les types d'hébergement dans une institution (types 3 et 4).....	90
Tableau 27: aperçu des échelles de comparaison du pilotage cantonal.....	93
Tableau 28 : la perception que les prestataires ont des lacunes de l'offre dans le domaine cible	121
Tableau 29 : l'estimation du taux d'occupation/utilisation futur dans les régions Plateau/Suisse du Nord-Ouest et en Suisse occidentale	124
Tableau 30 : l'estimation du taux d'occupation/utilisation futur par type d'offre dans les régions de Suisse orientale/centrale	125
Tableau 31 : description des développements actuels pertinents au regard des besoins ...	127
Tableau 32 : les lacunes dans l'offre non spécifique aux groupes cibles, mentionnées dans les entretiens avec les groupes de discussion	129
Tableau 33 : la perception des lacunes de l'offre spécifique aux groupes cibles	131
Tableau 34 : les tendances de l'évolution du contenu (groupes cibles, formes de consommation, substances, comportement)	134
Tableau 35 : les tendances de développement structurel dans le domaine du « financement »	138
Tableau 36 : la nécessité d'agir au niveau de l'organisation cantonale des soins	140
Tableau 37 : champs d'action de la coopération intra- et intercantonale	142

10.3 Index des acronymes et abréviations

Art.	Article
OFSP	Office fédéral de la santé publique
LStup	Loi sur les stupéfiants
OFS	Office fédéral de la statistique
AI	Assurance invalidité
CDCA	La Conférence des délégué-e-s cantonaux aux problèmes des addictions
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
MonAM	Système de monitoring suisse des addictions et des maladies non transmissibles
SMH	Statistique médicale des hôpitaux
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
ESS	Enquête suisse sur la santé
SOMED	Statistique des institutions médicosociales
UNDODC	United Nations Office on Drugs and Crime
OMS	Organisation mondiale de la santé

10.4 Bibliographie

- Abderhalden, I. (2022). Soziale Arbeit im Suchtbereich: Komplexe Lebenslagen erfassen. Exposé du colloque intitulé « Soziale Arbeit und Sucht » le 23 mars 2022 à Olten.
- Amberg, Helen, Mélanie Stamm, Oliver Bieri (2020). Analyse de la situation Formation continue dans le domaine des addictions.
Rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Projet n° 19-92 Interface Politikstudien. Lucerne, Lausanne
- American Psychiatric Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Addiction Valais/Sucht Wallis (2020). *Statistischer Bericht. Daten – ein Mehrwert auf allen Ebenen. Sion: Addiction Valais/Sucht Wallis*. Gefunden unter (Zugriff am 25. Februar 2022).: https://issuu.com/addiction-valais/docs/advs_statistischer_bericht?fr=sMzYZNTk0MzE5Ng
- Act-info (2022). *Das Monitoringsystem act-info*. Internetseite: https://www.substitution.ch/de/monitoringsystem_act_info.html (letzter Zugriff: 07.03.2022)
- Act-info (2021). Jahresbericht 2020. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bundesamt für Gesundheit (Hrg.). Bern
- Act-info (2022). Jahresbericht 2021. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bundesamt für Gesundheit (Hrg.). Bern
- Arendt, I. (2018). Case Management in der Sucht- und Drogenhilfe. *Soziale Arbeit*, 9/10, 360–365.
- Arnaud, N., & Thomasius, R. (2020). Störungen durch Substanzgebrauch und abhängige Verhaltensweisen in der ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Arnaud, S., Terrettaz, T., & Ambiguet, M. (2019). *Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) RAPPORT DE MONITORAGE 2019*. REL'IER et Unisanté.
- Basel-Stadt. (2021). *Handbuch zur Individuellen Bedarfsermittlung im Kanton Basel-Stadt*. Version September 2021
- Bartsch, G. (2017). Suchthilfe in Deutschland. *SuchtMagazin*, 43(2–3), 5–12. <https://doi.org/10.5169/SEALS-800147>
- Baumberger, P., & Knocks, S. (2017). Suchthilfe in der Schweiz: Gestern, heute und morgen. *SuchtMagazin*, 43 (2-3). <https://doi.org/10.5169/SEALS-800149>
- Berthel, T., Vogel, F., & Kläusler, C. (2015). *Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe*. Suchtmagazin.
- Berthel, T. (2021). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz*. In: Soziale Arbeit und Sucht (S. 11)

- Bühringer, G., Behrendt, S., & Endrass, T. (2020). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (837–863). Springer.
- Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*.
- Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017-2024*. https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2660/Nationale_Strategie_Sucht.pdf
- Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen zum QuaTheDA-Referenzsystem - Entzug*. Revision Oktober 2021. <https://www.quatheda.ch/files/content/quatheda/de/leitfaden/2021-quatheda-leitfaden-mod09-entzug.pdf>.
- Bundesamt für Statistik (2023). Spezifische Datenzusammenstellung vom 12. April 2023
- Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Zahlen und Fakten Sucht*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik. (2020a). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen—Detailkonzept*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed.htm>
- Bundesamt für Statistik. (2020b). *Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2020*. Neuenburg: BFS
- Bundesrat. (2021). *Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 17.4076 Rechsteiner Paul, 12. Dezember 2017*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/perspektiven-drogenpolitik.html>
- Canadian Center on Substance Use and Addiction (2022). Internetseite: <https://www.ccsa.ca> (letzter Zugriff: 05.03.2022)
- Carlo, F., Müller, E., Zingarelli, J., Daurù, A. (Hrsg.): *Housing First. Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit* unter: http://www.schwarzerpeter.ch/wp-content/uploads/2020/07/Housing-First_2020.pdf.
- Cattacin, S. (2012). *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik: Rückblick und Ausblick. SuchtMagazin, 2*.
- Clot, J., Bach, R., & Savary, J.-F. (2021). *Évolutions et mutations des institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse romande*. Lausanne: GREA.
- Da Cunha, A., Mager, C., & Schmid, O. (2009). *La quadrature du cube. Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg*. Lausanne: Institut de géographie, Université de Lausanne.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., & Griswold, M. (2018). *The global burden of disease attributable to*

- alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet Psychiatry, 5(12), 987–1012.*
- Dey, M.; Schaaf, S. (2016): *Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen in ambulanter und stationärer Suchthilfe (QuaTheSI). Gesamtbericht der Erhebung 2016.* Diese Studie wurde mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit, Vertragsnummer 13.007981 erarbeitet. Swiss Research Institute for Public Health and Addiction. Zürich.
- Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg (2012). *Projekt für die Koordination der Betreuung Suchtkranker (illegale Drogen und Alkohol).* Staat Freiburg: Direktion für Gesundheit und Soziales GSD.
- Dollinger, B., & Schmidt-Semisch, H. (2007). *Reflexive Suchtforschung: Perspektiven der sozialwissenschaftlichen Thematisierung von Drogenkonsum.* In *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 7–33). Springer.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen EKDF. (2006). *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen.* Verlag Hans Huber.
- EMCDDA. (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen.* Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_DE0906.pdf
- Fischer, B., Mäder, B., & Telsler, H. (2020). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. Polynomics. Sur mandat de l'OFSP.* Bern: BAG.
- Fachverband Sucht (2018): *Leitlinien zur Finanzierung der sozialtherapeutischen stationären Suchthilfe.* Unter Mitarbeit von Forelhaus Zürich Jürg Dennler, Die Alternative Stephan Germundson, Walter Meury, Suchthilfe Region Basel, Mühlhof Gerold Pfister, Thomas Lüddeckens, Klinik im Hasel, Alexander Wopfner Lempen, Klinik Südhang und Iwan Rickenbacher, Präsident Fachverband Sucht. Fachverband Sucht.
- Fachverband Sucht (2018b). *Impulstagung «Vernetzung - Kooperation - Integration». Zukunftsweisende Modelle für die Behandlung suchtkranker Menschen.* <https://fachverbandsucht.ch/de/events/66>.
- Falkai, P., & Wittchen, H. O. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen DSM-5.* Göttingen: Hogrefe.
- Gehrig, M., Künzi, K., & Stettler, P. (2012). *Finanzierung der stationären Suchthilfe. Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen—Schlussbericht.* Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. (2019). *Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt.*
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C., & Flury, R. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016.* Sucht Schweiz Lausanne.
- Gmel, G., Notari, L., Gmel, C. (2018). *Suchtmonitoring Schweiz: Einnahme von psychoaktiver Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016.* Sucht Schweiz.

- Gmel G., Notari L., Gmel C. (2018). *Rauchen und Alkoholkonsum in der Schweiz: Trends über 25 Jahre, Kohorteneffekte und aktuelle Details in Ein-Jahres-Altersschritten – eine Analyse verschiedener Surveys*. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.
- Gschwend, A. (2021). *Perspektiven der Schweizerischen Drogenpolitik bis 2030*. SuchtMagazin, 6.
- Gremminger, S., AvenirSocial, P., & Schweiz, B. S. A. (2021). *Sucht ist (auch) ein soziales Problem*. Soziale Arbeit und Sucht, 17.
- Grunwald, K., Roß, PS. (2018). *Governance in der Sozialen Arbeit*. In: Kolhoff, L., Grunwald, K. (eds) Aktuelle Diskurse in der Sozialwirtschaft I. Perspektiven Sozialwirtschaft und Sozialmanagement. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20319-1_10
- Haasen, C., Kutzer, A., & Schäfer, I. (2010). Was verstehen wir unter Sucht? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(4), 267–270.
- Hafen, Martin (2015). Interdisziplinäre Kooperation in der Suchtarbeit. SuchtMagazin 1/2015: 5-13
- Hansjürgens, R. / Schulte-Derne, F. (Hg.) (2020). *Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Hauptstelle für Suchtfragen, Deutschland (2022). Internetseite: <https://www.dhs.de/;etzter> Zugriff: 07.03.22)
- Hinte, W.; Litges, G. und Springer, W. (1999): *Soziale Dienste. Vom Fall zum Feld. Soziale Räume statt Verwaltungsbezirke*. Berlin: edition sigma.
- Infodrog. (2020). *Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen*. <https://www.infodrog.ch/de/themen/angebotsplanung/monitoring-stationaere-suchttherapieinstitutionen.html>
- Infodrog (2016). *QuaTheDA-E – Beschreibung der Ein- und Austrittserhebung von Sucht Wallis*. Bern. ISGF (Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Internetseite. <https://www.isgf.uzh.ch/de.html> (letzter Zugriff 07.03.2022)
- Jeanrenaud, Claude, Gaëlle Widmer und Sonia Pellegrini (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final, Université de Neuchâtel, <https://biblio.parlament.ch/e-docs/147055.pdf> (28.04.2022)
- Junod, V.; Hatam, S.; Colomb, E.; Khazaal, Y, Savary J-F; Haemmig, R.; Simon, O. (2020). IV-Rente und Sucht: jetzt besser. Schweizerische Ärztezeitung.
- Kanton Basel-Stadt (2020). *Wegleitung zur Individuellen Bedarfsermittlung mit IBBplus im Kanton Basel-Stadt*. Version März 2020. Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt des Kantons Basel-Stadt Amt für Sozialbeiträge
- Kantonale Beauftragte für Suchtfragen (KKBS) (2013): *Statuten*. vom 7. März 2013. Bern.
- Krebs, M., Mäder, R., & Mezzera, T. (2021). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis*. Springer Nature.
- Krebs, M., Gallego, S., & Berthel, T. (2021). *Auf dem Weg zu einer modernen Suchtpolitik*. SuchtMagazin. Jg. 47, 12-16

- Küfner, H., Pfeiffer-Gerschel, T., & Hoch, E. (2020). Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen (Drogenkonsumstörungen). In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 865–891). Springer.
- Künzi, D., Liesch, R., & Jäggi, J. (2019). *Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.
- Künzi, K., Jäggi, J., & Morger, M. (2018). *Finanzierung und Organisation der stationären Suchthilfe im Kanton Thurgau – Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.
- Künzi, K., Liesch, R., & Jäggi, J. (2019a). *Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59 (2), 153–165.
- Lischer, S.; Eder, M.; StremLOW, J.; Wyss, S.; Häfeli, B.(2022). Ausgewählte internationale und nationale Erkenntnisse für die Analyse der Steuerung der Suchthilfeangebote in den Kantonen Synthesebericht mit Thesen zu Entwicklungspotentialen
- Maier, L. J., & Salis Gross, C. (2015). Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. *Synthesebericht der Expertengruppe. ISGF-Bericht*, 360.
- Mahlke, C.; Krämer, U.; Kilian, R.; Becker, T. (2015) Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. In: *Nervenheilkunde*, Nr. 4. Schattauer Verlag im Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
- Mann, K. (2014). *Verhaltenssüchte*. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Marschall, U., Ullrich, W., & Sievers, C. (2009). Eine Sucht kommt selten allein–Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. *Gesundheitswesen aktuell*, 252–276.
- Marthaler, M. (2019): *Faktenblatt: Stand der Schadensminderung in der Schweiz*. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit. BAG. Bern.
- Marthaler M.; Melody G.und Bachmann A. (2020). *Synthetische Cannabinoide. Informationen für Suchtfachleute*. Factsheet. Infodrog. Bern.
- Marthaler, M. (2021): *Kiffen, sniffen, spicken & Co. Neue Erkenntnisse aus der Welt der psychoaktiven Substanzen*. Auswertung der Befragungen von Konsumierenden 2020 / Auswertung des Onlinetools für Substanzwarnungen 2020 / Neues aus Politik und Wissenschaft. Unter Mitarbeit von Melanie Wollschläger. Infodrog.
- McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP (1980). *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index*. Journal of Nervous and Mental Disease. 1980 Jan;168(1):26-33, Lippincott Williams & Wilkins.

- Müller, S.; Stremlo J. (2006). *Ein Monitoring für das Sozialwesen in der Schweiz. Theoretische Grundlagen und eine Untersuchung zur Sozialpolitik der Kantone der Zentralschweiz*. Dissertation. Zürich: Universität Zürich.
- MonAM. (2022). *Sucht*. <https://ind.obsan.admin.ch/monam/topic/1SUC>
- NAS-CPD (Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik). (2017). *Synthesepapier Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz*. https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/2017_Finanzierung_Suchthilfe_Schweiz.pdf
- NAS-CPA (2014). Marktregulierung in der Drogenpolitik Grundposition der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik NAS-CPA. https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/NAS-CPA_Grundposition_Marktregulierung_in_der_Drogenpolitik.pdf
- National Institute on Drug Abuse (2022). Internetseite: <https://nida.nih.gov/about-nida>
- OECD (2021). *Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.
- OFDT (2019). Drogues et addictions, données essentielles. Édition 2019. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
- Righetti, V; Favrod-Coune T. (2010). *Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives*. In : *Revue Medicale Suisse*. Nr.264. ISSN : 1660-9379.
- Rimann, N. (2014). *Expertise zum Thema „Schwer erreichbare Zielgruppen“ Zuhanden der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM)*.
- RISQ Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (2018). *Indice de Gravité d'une Toxicomanie*. V.6.1. Québec. Aufgerufen unter: https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1826333553_IGT_Fr_V5.1_Avr2001.pdf
- Rush, B., & Urbanoski, K. (2019). Seven Core principles of substance use treatment system design to aid in identifying strengths, gaps, and required enhancements. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement, s18*, 9–21.
- Savary, J.-F., Tharin, A., Bach, R., Fazan, C., Durnat, H., & Periard, C. (2021). Über die Krankheit hinaus: Die Rückkehr der Sozialen Arbeit. In *Soziale Arbeit und Sucht* (S. 261–278). Springer VS, Wiesbaden.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan] (2023). *MonAM-Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten*. <https://ind.obsan.admin.ch/monam>
- Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). (2022) <https://www.isgf.uzh.ch/de.html>
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., Kraus, L., Kostrzewa, R., Rheinländer, J., & Rummel, C. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*.

- Schönig, W. (2008): *Sozialraumorientierung. Grundlagen und Handlungsansätze*. Schwalbach am Taunus: Wochenschau Verlag.
- Schmid, M., Vogt, I. Zwanzig Jahre Forschung zu Case Management in der Suchthilfe – eine Zwischenbilanz. 11. Fachtagung Klinische Sozialarbeit «Wirkung» 9./10. Juni 2022, Olten/Schweiz und hybrid
- Schubert, H. (2017): *Entwicklung einer modernen Sozialplanung. Ansätze, Methoden und Instrumente*. In: Archiv der Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/2017. 4–19.
- Service du médecin cantonal (2019). *Monitoring – Dispositif cantonal d'indication Addictions pour les Adultes – FRIADIC. Période 2014-2018*. Etat de Fribourg: Direction de la santé et les affaires sociales.
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. *Principles of addiction, 1*, 61–70.
- Sommerfeld, P. (2016). Sucht - ein medizinisches oder ein soziales Problem? *SuchtMagazin*. Heftnummer 6, 2016.
- Steber Büchli, D., Grossmann, L., & Dreifuss, R. (2012). Die Schweizer Drogenpolitik im internationalen Kontext: Bekämpft, ignoriert, bewundert. In *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Rückblick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik*.
- StremLOW, J., Riedweg, W., & Bürgisser, H. (2019). *Gestaltung sozialer Versorgung. Ein Planungs- und Steuerungsmodell*. Springer VS.
- Sucht Schweiz. (2020). *Act-info*. <https://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info/>
- Vatter, A. (2014). *Das politische System der Schweiz*. Baden-Baden: Nomos.
- Vanderplasschen, W.; Rapp, R. C.; De Maeyer, J.; Van Den Noortgate, W. (2019): A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. *Front. Psychiatry* 10:186.
- World Health Organization. (2020). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Disorders due to addictive behaviours*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f499894965>
- World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020a). *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>

Auteurs et autrices



**Prof. Dr
Jürgen StremLOW
Direction du projet**

juergen.stremLOW@hslu.ch

Axes de recherche

Politique sociale, planification sociale, organisation sociale des soins, gestion sociale, recherche sur l'entraide autogérée

[Lien vers le profil personnel](#)



M.A. Manuela Eder

manuela.eder@hslu.ch

Axes de recherche

Prévention et santé, organisation des soins sociaux, politique sociale, recherche sur l'entraide autogérée, santé sur fond de numérisation

[Lien vers le profil personnel](#)



Prof. Donat Knecht

donat.knecht@hslu.ch

Axes de recherche

Politique sociale, planification sociale, organisation sociale des soins, gestion sociale

[Lien vers le profil personnel](#)



M.A. Sabrina Wyss

sabrina.wyss@hslu.ch

Axes de recherche

Sociologie des organisations, organisation des soins sociaux, prévention et santé, recherche sur l'entraide autogérée

[Lien vers le profil personnel](#)

**Haute école spécialisée
de Lucerne
Travail social**
Werftesstrasse 1
6002 Lucerne

T +41 41 367 48 48
sozialarbeit@hslu.ch
hslu.ch/soziale-arbeit