

**Une sélection de connaissances
internationales et nationales à l'appui
de l'analyse du pilotage des offres de
prise en charge des addictions dans
les cantons**

*Rapport de synthèse enrichi de réflexions
sur le potentiel de développement*

Suzanne Lischer
Manuela Eder
Jürgen StremLOW
Sabrina Wyss
Bettina Häfeli

Août, 2022

Mandante

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

Proposition de citation

Lischer, S.; Eder, M.; StremLOW, J.; Wyss, S.; Häfeli, B. (2022). Une sélection de connaissances internationales et nationales à l'appui de l'analyse du pilotage des offres de prise en charge des addictions dans les cantons. Rapport de synthèse enrichi de réflexions sur le potentiel de développement.

Direction du projet

Prof. Dr. Jürgen StremLOW

Hochschule Luzern

Prof. Dr. Jürgen StremLOW
Werftstrasse 1
Postfach
6002 Luzern

041 367 48 41
juergen.stremLOW@hslu.ch

Traduction française

Charlotte Eidenbenz, Eidenbenz Translation



Table des matières

Management Summary

1	Introduction	1
1.1	Le contexte et les objectifs	1
1.2	La structure du présent rapport	2
2	L'addiction en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales	5
2.1	Questions de terminologie	5
2.2	Les formes de consommation de substances psychotropes et les comportements	6
2.3	Le coût économique des addictions	7
3	Le pilotage de la prise en charge des addictions	9
3.1	De la politique des drogues illégales à la politique des substances psychoactives et des addictions comportementales	10
3.2	Les bases légales de la prise en charge des addictions	11
3.3	Les mécanismes de financement	13
4	Les offres et les prestations de service	17
4.1	Les objectifs primordiaux et les normes de la prise en charge	17
4.2	L'éventail des offres de services	18
4.3	L'accès et l'accessibilité des offres	20
4.4	L'analyse de l'offre et des groupes cibles	21
5	Les systèmes de soins	24
5.1	La gestion des cas dans les réseaux de soins	24

Une sélection de connaissances internationales et nationales à l'appui de l'analyse du pilotage des offres de prise en charge des addictions dans les cantons	2
Introduction	
5.2 La coordination cantonale et la coopération entre les prestataires de soins _____	26
5.3 La collaboration intercantonale et l'organisation de systèmes de soins régionaux _____	28
6 Conclusions et réflexions _____	30
6.1 Les thèses concernant le potentiel de développement : la dépendance en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales _____	31
6.2 Les thèses concernant le potentiel de développement : le pilotage de la prise en charge des addictions _____	32
6.3 Les thèses concernant le potentiel de développement : les offres et les prestations de service _____	34
6.4 Les thèses concernant le potentiel de développement : les systèmes de soins _____	35
7 Bibliographie _____	38

Introduction

1 Introduction

1.1 Le contexte et les objectifs

Composé d'une multitude d'offres de services, d'acteurs et de leurs activités, le système de prise en charge des addictions constitue traditionnellement un domaine 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 de prise en charge des addictions est en pleine mutation et les services proposés par les institutions évoluent. *La Conférence des délégué·e·s cantonaux aux problèmes des addictions (CDCA)* a approfondi ce sujet dans le but de développer le pilotage de ces services dans une perspective qui va au-delà des frontières cantonales. Les discussions ainsi engagées 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. En juin 2019, la CDCA a décidé de mandater une équipe de projet de la Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social pour établir, en collaboration avec les cantons, les bases sur lesquelles pourrait reposer le pilotage intercantonal de la prise en charge des addictions. Conformément au cinquième champ d'action de la Stratégie nationale Addictions (BAG 2015), il s'agit de développer le travail en réseau et de mettre en évidence les possibilités de coopération.

Ce projet de recherche a pour objectif de favoriser le pilotage (inter)cantonal de la prise en charge des addictions. Il met l'accent sur la comparabilité systématique de la prise en charge des addictions dans les différents cantons, ce qui permet par la même occasion de mettre en évidence les possibilités de coopération. En ce qui concerne l'organisation de la prise en charge sur le plan social, le « modèle de Lucerne » (Stremlow et al. 2019) sert de référence sur le plan théorique. Les fondements du pilotage de la prise en charge des addictions sont examinés en quatre étapes :

- (1) développer une *typologie commune de l'offre de services* de prise en charge des addictions,
- (2) réaliser un *pré-test* des analyses de l'offre de services cantonale, y compris leurs perspectives d'évolution et leur pilotage,
- (3) réaliser les *analyses de l'offre de services et l'analyse du pilotage* dans tous les cantons, et
- (4) effectuer une *analyse globale de l'offre et de son évolution* en mettant l'accent sur la coordination intercantonale.

Le présent rapport constitue le cadre théorique de l'analyse globale (*cf. étape 4*). Il s'appuie sur la synthèse d'une sélection de connaissances internationales et nationales concernant l'organisation de la prise en charge des addictions (la planification, le pilotage, la fourniture de prestations et l'évaluation) dans le but de proposer aux professionnel·le·s et aux responsables des cantons *des pistes de réflexion* concernant le développement de la prise en charge des addictions. À cette fin, des thèses sur le potentiel de développement et des réflexions y relatives ont été formulées et sont présentées dans le chapitre final. Ces thèses se focalisent sur le pilotage de la prise en charge des addictions.

Introduction

1.2 La structure du présent rapport

Le système suisse de prise en charge des addictions est complexe et se compose de différents domaines qui s'influencent mutuellement. L'ébauche de modèle développée par StremLOW, Riedweg et Bürgisser (2019) pour la conception de systèmes dans le travail social constitue la base sur laquelle s'appuiera le projet de conception de la prise en charge des addictions en Suisse. En représentant le système suisse de prise en charge des addictions sur quatre niveaux, l'ébauche de modèle d'organisation du système réduit sa complexité, ce qui permet d'établir des rapports de façon plus méthodique. Les quatre niveaux présentés dans le tableau ci-dessous résultent du croisement de *deux dimensions d'analyse employées en sociologie* :

1. D'une part, 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 de prise en charge des addictions, ainsi que les structures ou les conditions-cadre dans lesquelles ces prestations sont fournies. Le terme « environnement », quant à lui, se réfère au contexte social, politique et juridique propre à ces prestations de services.
2. La deuxième dimension d'analyse distingue les « fonctions » et les « structures ». Le terme « fonction » désigne les phénomènes sociaux (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.

	Les rapports aux problèmes et les différentes prestations de prise en charge des addictions	L'« alimentation »¹ et la structuration de la prise en charge des addictions
Les conditions cadres et le pilotage de la prise en charge des addictions (l'environnement)	a) La dépendance en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales	b) Le pilotage de la prise en charge des addictions
Les prestations et structures de la prise en charge des addictions (le système)	c) Offre et prestations	d) Les systèmes de soins

Tableau 1 : les quatre axes de développement de la prise en charge des addictions, d'après StremLOW et al. (2019, p. 6)

Conformément à ce modèle, le *deuxième chapitre* décrit « l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial » (l'articulation du problème). Le *troisième chapitre* est consacré au pilotage de la prise en charge des addictions sur le plan politique en Suisse. Le *quatrième chapitre* s'intéresse aux prestations et aux offres de prise en charge des addictions, tandis que le *cinquième chapitre* décrit le système de soins. Pour finir, des conclusions et des thèses sur le

¹ Le terme « alimentation » désigne avant tout le financement de la prise en charge des addictions et les dispositions légales sur lesquelles elle repose.

Introduction

développement de la prise en charge des addictions dans les cantons clôturent le présent rapport de synthèse (*chapitre 6*).

Pour comprendre le contexte et la structure de ce rapport de synthèse, nous commencerons par décrire brièvement les quatre champs de la conception systémique des services sociaux selon StremLOW et al. (2019) :

a) Les problèmes sociaux (l'articulation des problèmes)

La fonction des services sociaux peut être définie, entre autres, comme la prise en charge des problèmes sociaux. Pour qu'un problème social puisse être identifié ou articulé, il est nécessaire que les acteurs et actrices sociales le perçoivent et l'articulent de manière appropriée et qu'ils et elles formulent la nécessité de modifier le dysfonctionnement social et de développer des mesures adéquates.

b) Le pilotage de la politique sociale

Dans certaines circonstances, sur le deuxième axe de développement, les problèmes sociaux articulés par la société sont pris en charge par des acteurs et actrices politiques et traités par des 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 responsables sociopolitiques pilotent l'organisation de l'offre par les prestataires de services (par exemple par le biais de conventions de prestations) ainsi que les structures dans lesquelles les services sont fournis (structures de soins).

c) L'offre et les prestations

Cet axe de développement s'articule sur les offres et les prestations spécialisées des institutions sociales fournies dans le cadre d'un programme politique (par ex. dans le domaine de l'insertion des personnes présentant un handicap, de la politique communale face au vieillissement de la population ou encore dans le domaine de la prise en charge des addictions). Par exemple, on trouvera parmi les offres typiques de prise en charge des addictions : les consultations et la thérapie ambulatoires des addictions, la thérapie résidentielle des addictions, la prévention de la dépendance ou encore les traitements de substitution. Dans ce contexte, il s'agit notamment de savoir si la prestation de services est réalisée de manière efficace, si elle répond aux objectifs de la politique sociale, si elle obtient les résultats escomptés ou si elle est adaptée de manière adéquate aux groupes cibles.

d) Les systèmes de soins

Ce domaine 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, une région intercantonale telle que la Suisse centrale). Les systèmes de soins se caractérisent avant tout par une certaine dotation et une certaine densité des offres (= ressources) dans une même région de soins et en comparaison avec d'autres régions. Un système de soins soulève des questions concernant la coordination de l'offre de services dans la chaîne de soins (ou « soins intégrés »), le lieu (notamment « l'accessibilité » pour les usagers et usagères) et l'adaptation ou le pilotage de l'offre en fonction des besoins des usagers et usagères (par ex. l'accès à bas seuil, le *case management*, le suivi). Les systèmes de soins se concentrent sur les conditions

Introduction

structurelles de la fourniture de prestations. Ils traitent les questions concernant les ressources, les mécanismes de financement (par ex. sous la forme de conventions de prestations), les directives des instances politiques (par ex. les directives en matière de qualité) ou la nature des relations entre les institutions (par ex. la coopération ou la concurrence). Ces rapports structurels sont étroitement liés à la prestation de services. De ce fait, il est parfois difficile de les distinguer des questions relevant de la prestation de services (cf. secteur C).

Ce concept est transposé ci-après dans le domaine de la prise en charge des addictions. Adoptant cette même approche, le chapitre suivant propose une brève synthèse à propos de « l'addiction en tant que phénomène biopsychosocial ». Dans les termes du modèle susmentionné, le chapitre décrit donc le champ (a) intitulé « articulation du problème ».

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

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

2.1 Questions de terminologie

Depuis la seconde moitié du 20^e siècle – si ce n'est pas plus tôt –, l'« addiction » est considérée comme l'un des problèmes majeurs d'envergure internationale, que rencontrent les sociétés modernes (Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007). En 1950, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissait pour la première fois la notion d'addiction. Cette première définition couvrait principalement les addictions liées à la consommation d'une substance, et pour lesquelles l'existence d'une dépendance physique était supposée (Haasen et al., 2010). Depuis les années 1980, les définitions s'étendent toujours plus aux addictions non liées à une substance, notamment la dépendance aux jeux d'argent. Les définitions proposées par l'OMS (World Health Organization, 2020) et l'*American Psychiatric Association* (APA) (American Psychiatric Association, 2013) sont aujourd'hui les plus courantes concernant les addictions aux substances ou les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et les addictions comportementales (Falkai & Wittchen, 2015). Dans les deux systèmes de classification et dans les versions qui les ont précédés, les addictions liées à la consommation de substances sont caractérisées de manière consensuelle comme des troubles complexes et multifactoriels dont les symptômes doivent être évalués sur le plan diagnostique au sens d'un tableau clinique global, biopsychosocial et hétérogène (Arnaud & Thomasius, 2020).

L'addiction liée à la consommation d'une substance ou l'addiction comportementale repose donc sur une interaction dynamique et complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Skewes & Gonzalez, 2013). Elle a des répercussions sur les plans physique et psychique des personnes, sur leur environnement social et sur leur insertion sociale. Elle résulte non seulement de prédispositions individuelles, mais également de circonstances sociales (l'environnement personnel, la situation professionnelle et financière, le rapport que la société entretient avec les substances ainsi que la disponibilité de ces dernières, etc.) (BAG, 2021). Elle se caractérise principalement par la perte de contrôle, un fort désir de consommation répétée et progressive d'une substance, des symptômes physiques et/ou psychiques de sevrage apparaissant après l'arrêt de la consommation de la substance ou après la fin du comportement lié à une addiction, et enfin l'incapacité de la personne concernée à cesser sa consommation de la substance ou son comportement lié à une addiction, et ce, malgré le fort préjudice subi sur les plans physique, psychique et social. Des études épidémiologiques ont montré que la consommation problématique et l'addiction aux substances vont souvent de pair avec des troubles psychiques (et inversement). Dans le cas de ces maladies multiples, on parle également de comorbidité ou de multimorbidité.

En plus de l'addiction liée à la consommation de substances, des dommages à la santé peuvent survenir en raison des risques et des comportements liés à la consommation de substances. L'injection de substances comporte un risque élevé d'infections transmissibles par le sang, comme le VIH, l'hépatite C ou la tuberculose. D'autres risques affectant la santé comprennent

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

les surdoses fatales, les accidents de la route ou autres blessures, les affections cardiovasculaires ainsi que les affections hépatiques, la violence et le suicide. En général, les troubles liés à la consommation de substances sont associés à une espérance de vie réduite (Degenhardt et al., 2018).

S'étendant souvent sur plusieurs années, l'addiction n'a pas seulement des effets sur la santé, elle a aussi des conséquences dans les domaines les plus divers, pour ne pas dire dans presque tous les domaines de la vie. Ainsi, les personnes dépendantes aux substances psychoactives ont un plus grand risque d'être touchées par le chômage, la pauvreté, l'endettement et l'instabilité du logement (2021). À cela s'ajoute tout le domaine de la criminalité, non seulement en ce qui concerne les drogues illégales, mais aussi en ce qui concerne la violence et les autres délits commis sous l'effet de substances addictives. En outre, les proches, les collègues de travail et surtout les enfants sont touchés par les conséquences de l'addiction (Sommerfeld, 2016). À l'inverse, une telle constellation de problèmes – souvent multifactorielle – peut aussi déboucher sur une addiction (Gremminger, 2021). Il s'agit donc d'une constellation de circonstances circulaires (voir Sommerfeld et al. 2016 : 8) : les facteurs sociaux ont une influence sur l'apparition d'une addiction et une addiction est à son tour la cause de processus d'exclusion sociale et d'une « dérive sociale » vers des constellations inclusives sous-privilegiées, qui ont à leur tour un impact sur le développement et le maintien d'une addiction (Krebs et al. 2021). Le fait que la définition des « troubles liés à la consommation de substances » continue d'être associée à des processus de stigmatisation renforce cette constellation de circonstances circulaires. En effet, les processus de stigmatisation ne sont pas uniquement imputables à la compréhension de la maladie, mais sont davantage le fait des circonstances de la consommation de substances (Schomerus et al., 2017). De ce fait, une place plus importante devrait être accordée à la dimension sociale de l'addiction. Autrement dit, la structuration hégémonique actuelle de la prise en charge des addictions principalement axée sur les services médicaux et (psycho)thérapeutiques devrait être contrebalancée par l'ambition de comprendre et de traiter les addictions davantage comme un problème social (Sommerfeld, 2016).

2.2 Les formes de consommation de substances psychotropes et les comportements

Les substances psychoactives sont des substances naturelles, préparées sous forme chimique ou synthétique, qui agissent sur le système nerveux central de l'organisme et qui, selon la classe de substances, influencent différemment la conscience humaine, notamment en ce qui concerne la perception, la pensée, les sentiments et l'action. On peut classer les substances en fonction de leur effet sur le système nerveux central : les stimulants (à l'effet stimulant, activant), les sédatifs (à l'effet calmant, soporifique), les hallucinogènes (provoquant des hallucinations ou des états modifiés de la conscience) et les analgésiques (à l'effet antidouleur) (Bühlinger et al., 2020). Ainsi, les substances psychoactives ont des effets multiples et variés. Dans le passé, le terme « addiction » était principalement associé à la dépendance aux substances psychoactives telles que l'alcool, la nicotine et d'autres substances psychoactives. Ce n'est que récemment que le terme d'addiction comportementale a été associé à toute une série de comportements qui deviennent problématiques lorsqu'ils sont excessifs, comme les jeux d'argent, l'utilisation d'Internet et de l'ordinateur et des jeux vidéo. L'addiction comportementale est une maladie chronique et des symptômes de sevrage peuvent se

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

manifester (Mann 2014). La 11e édition de la Classification internationale des maladies (CIM-11) ne reconnaît que deux « comportements addictifs » : le trouble lié aux jeux d'argent, ainsi que le nouveau trouble lié à l'utilisation des jeux vidéo. La CIM-11 va donc plus loin que le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (APA, 2013), qui décrit un seul comportement addictif : le trouble lié aux jeux d'argent. Dans les manuels de diagnostic courants, les addictions comportementales sont donc un sujet encore récent.

Nombreuses sont les personnes qui consomment des substances psychoactives ou jouent à des jeux de hasard ou à des jeux vidéo. La plupart des gens le font à faible risque, sans se mettre soi-même ou autrui en danger. Cependant, lorsqu'elle est répétée, une consommation ou un comportement peut conduire, avec une probabilité variable, au développement d'une addiction à une substance ou à un comportement. Les raisons de l'apparition d'une addiction sont multifactorielles. Certes, la substance ou le comportement, ou encore la fréquence de la consommation sont déterminants, mais les circonstances dans lesquelles elles sont consommées, ainsi que les motifs qui sous-tendent la consommation le sont aussi.

L'ensemble des dépendances et des formes subcliniques de consommation à risque et dangereuse ont pour principale caractéristique le large éventail et la diversité de formes d'expression, qui vont du consommateur social d'alcool à risque élevé aux personnes souffrant de maladies liées à la consommation sans dépendance, en passant par les consommatrices de tabac et de cocaïne fortement dépendantes, sans particularités sociales, et les alcooliques et héroïnomanes multimorbides souffrant de graves privations psychosociales (Bühringer et al., 2020). Dans une perspective de santé publique, il n'est donc pas pertinent d'établir une distinction entre les substances illégales (par ex. l'héroïne et la cocaïne) et les substances légales (par ex. l'alcool et le tabac). Au contraire, les substances dont le potentiel de risque est similaire devraient être traitées de manière semblable. Les mesures préventives et thérapeutiques devraient s'adapter en fonction des problèmes qui en découlent et affectent non seulement les consommateurs et consommatrices, mais aussi la société.

2.3 Le coût économique des addictions

Il n'existe que très peu de données sur la répartition des coûts économiques entre les quatre piliers. Selon une étude renommée (Jeanrenaud et al. 2005), les estimations concluent que l'accent est mis sur le pilier de la régulation du marché ou de la répression : les mesures répressives (qui comprennent les mesures prises par la police, la justice, les établissements pénitentiaires et d'autres institutions pénales) sont donc responsables des deux tiers (65 %) de la totalité des coûts des mesures politiques en matière de drogues en Suisse. La prévention et la recherche représentent un peu plus de 4 % des coûts, les thérapies (consultations ambulatoires et stationnaires) environ 26 % et les mesures à bas seuil de réduction des dommages et d'aide à la survie 5 % (NAS-CPA, 2014). Selon une étude récente sur le cannabis, 119 millions de francs sont dépensés chaque année par les services de police, de justice et d'exécution des peines (Bundesrat, 2021).

Une étude plus récente estime que le coût économique annuel total des problèmes liés aux addictions s'élève à 7,9 milliards de francs. Ces coûts correspondent à 1,1 % du produit intérieur brut. Les coûts engendrés par les problèmes liés aux substances illégales s'élèvent à 0,9 milliard de francs. La majeure partie des coûts économiques est imputable aux substances

Une sélection de connaissances internationales et nationales à l'appui de l'analyse du pilotage des offres de prise en charge des addictions dans les cantons

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

légales que sont l'alcool et le tabac (respectivement 2,8 milliards et 3,9 milliards de francs (Fischer et al., 2020)).

Pour des raisons méthodologiques, les données et les connaissances sur les coûts économiques des addictions en Suisse doivent être traitées dans une approche critique. Néanmoins, il est nécessaire de tenir compte de ces coûts, car ils sont substantiels d'un point de vue économique.

Le pilotage de la prise en charge des addictions

3 Le pilotage de la prise en charge des addictions

Comme l'illustrent les explications suivantes, la mise en œuvre du domaine politique qu'est « la prise en charge des addictions » est une tâche qui doit être réalisée conjointement et qui a pour particularité de s'inscrire dans un système complexe de différentes compétences, acteurs, actrices et programmes politiques. Les offres de services de prise en charge des addictions sont fournies dans un cadre complexe d'acteurs et actrices les plus divers-es : par les proches dans les réseaux d'aide primaire, les bénévoles, les groupes d'entraide, les organisations à but non lucratif, professionnelles ou publiques, sans oublier les institutions publiques communales, cantonales ou nationales. Ces différentes constellations ou configurations d'acteurs et d'actrices suivent chacune leur propre logique d'action, et ont des capacités et des limites de performance spécifiques. Selon Grundwald et Ross (2018), la prise en charge des addictions peut être considérée comme un exemple idéal-typique de ce que l'on appelle le « gouvernance mix » (le mélange de systèmes de gouvernance) : le pilotage se fait « de plus en plus à l'aide d'un mélange de différents mécanismes de pilotage adoptés par l'État, le marché, des associations [surtout des organisations à but non lucratif] et des personnes privées ou des réseaux primaires ». Grundwald et Ross (2018) indiquent explicitement que dans un tel contexte, il n'est plus possible d'opter pour un pilotage unidimensionnel (par ex. sous la forme de prescriptions légales ou d'interventions de type *top-down* par les pouvoirs publics). Ils soulignent les limites de cette forme de pilotage et se prononcent en faveur de nouvelles formes de pilotage par l'État, qui, par exemple, accorderaient une importance croissante à la négociation ou la modération des processus de négociation.

La Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (MNT) et la Stratégie nationale Addictions ont remplacé les anciens Programmes nationaux alcool et tabac ainsi que le paquet de mesures drogues. La Stratégie nationale Addictions s'appuie sur des offres éprouvées tout en encourageant des approches innovantes en matière de traitement, de réduction des risques et de prévention (CDS, s. a.). En attendant, les instances à l'échelle cantonale et locale jouent un rôle déterminant dans la politique des substances psychoactives et des addictions comportementales. Les délégué·e·s cantonaux aux problèmes des addictions (DCA) sont en première ligne lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des mesures spécifiques aux addictions dans les cantons.

Jusqu'à présent, les points de vue et les besoins des personnes concernées sont encore peu représentés dans la politique des substances psychoactives et des addictions comportementales. 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. Ces dernières années, des groupes d'intérêt se sont toutefois formés pour défendre leurs intérêts auprès du public. Par exemple, l'association « Stigmafrei » participe au débat public pour prévenir la discrimination et la stigmatisation des personnes présentant une addiction, se met en réseau avec des institutions du domaine de la prise en charge des addictions, informe le public de manière ciblée et propose des possibilités de partage de connaissances et de discussion dans le cadre d'actions.

Le pilotage de la prise en charge des addictions

3.1 De la politique des drogues illégales à la politique des substances psychoactives et des addictions comportementales

En réponse à la crise de l'héroïne et aux scènes ouvertes de la drogue dans les années 1990, la Suisse a développé le modèle des quatre piliers de la politique en matière de drogues, à savoir la prévention, la réduction des risques, la thérapie et de la répression. Elle a été le premier pays au monde à introduire des mesures de réduction des risques à l'échelle nationale, telles que la fourniture de matériel d'injection propre, des locaux de consommation surveillés et, plus tard, la distribution contrôlée d'héroïne, établissant ainsi de nouvelles références nationales et internationales en matière de réglementation des substances psychoactives (Steber Büchli et al., 2012). La révision de la loi sur les stupéfiants (LStup) en 2008 a permis d'ancrer dans la loi la politique des quatre piliers en matière de drogues. Depuis les années 2000, la politique fédérale et cantonale en matière d'addictions est entrée dans une phase de « normalisation ». En effet, les scènes ouvertes de la drogue avaient disparu et la politique en matière d'addictions s'éclipsait de plus en plus de l'agenda politique. Les débats politiques sur le thème des addictions pouvaient alors être menés dans une approche toujours plus professionnelle et non plus idéologique. Depuis lors, les révisions des bases stratégiques et juridiques (par ex. la Stratégie nationale Addictions) n'ont pas été effectuées par des politicien·ne·s élu·e·s selon une approche de type *top-down*. Elles prenaient plutôt appui sur les initiatives provenant du secteur professionnel connues des instances politiques (Kübler et al 2008, p.48).

À partir des années 2000, la politique en matière de drogues a été toujours plus appréhendée dans une *perspective de santé publique*. L'approche de santé publique est un concept de politique de santé qui vise à améliorer la santé, à prolonger l'espérance de vie et à augmenter la qualité de vie de populations entières grâce à la promotion de la santé, la prévention des maladies et d'autres interventions liées à la santé. La problématique sanitaire constitue le point de départ, qui, outre le taux de mortalité, tient compte de la fréquence et de la répartition des maladies, ainsi que des conséquences sur la société (BAG, 2010). Dans ce contexte où la consommation de tabac et d'alcool pose un problème social bien plus important que celui des substances illégales, les professionnels ont demandé avec toujours plus d'insistance que l'on cesse de se focaliser sur la « politique des drogues » (qui inclut la politique des drogues illégales), et ont proposé à la place de mettre en œuvre une « politique des addictions » qui comprend la politique des substances psychoactives, indépendamment de leur statut légal respectif (EKDF, 2006).

La prise en compte des substances légales que sont l'alcool, le tabac et les médicaments a ensuite conduit à une extension du modèle des quatre piliers, jusqu'alors unidimensionnel. Parallèlement, l'extension du modèle à une autre dimension a été discutée : le *modèle de consommation*. Dans le cadre de ce débat, la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) a proposé de distinguer, dans le cadre de la politique des addictions, la consommation à faible risque, de la consommation problématique et de l'addiction aux substances. La prise en compte de ces éléments a transformé le modèle des quatre piliers en *modèle du cube* (EKDF, 2006). En 2010, les trois commissions fédérales pour les questions liées à l'alcool, pour les questions liées à la drogue et pour la prévention du tabagisme ont étoffé le modèle du cube dans leur charte intitulée « Le défi addictions ». Elles ont indiqué que, outre les addictions liées à une substance, les addictions non liées à une substance (les addictions comportementales) étaient également pertinentes du point de vue de la santé

Le pilotage de la prise en charge des addictions

publique (BAG, 2010). La « Stratégie nationale Addictions 2017–2024 », que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a développée avec ses partenaires dans le sillage de l'agenda « Santé2020 » du Conseil fédéral pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, s'appuie sur ce « modèle du cube » (BAG, 2015).

L'examen de la politique des addictions dans une perspective de santé publique s'est avéré utile au cours des 20 dernières années. Une orientation unidirectionnelle vers des *critères de politique de santé ne devrait toutefois pas rester le seul point de référence d'une politique des addictions*, car elle ne tient pas suffisamment compte de l'ambiguïté des formes de consommation (Krebs et al., 2021). C'est pourquoi *les spécialistes* plaident pour une politique des addictions qui tienne compte des multiples formes de consommation et d'utilisation et qui accepte la consommation de substances psychoactives et les comportements excessifs comme une réalité sociale. La Stratégie nationale Addictions 2017–2024 tient partiellement compte de cette évolution, en ce qu'elle distingue les différentes formes de consommation. Toutefois, le fait que la Loi sur les stupéfiants (LStup) reste axée sur la prohibition constitue un défi. Il faut notamment critiquer les effets négatifs 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 réguler le marché. Les directives de l'État devraient s'articuler autour des dommages potentiels qu'entraînent la consommation de substances et réguler la consommation en fonction des situations spécifiques, comme la circulation routière, la catégorie d'âge et les risques pour la santé des individus (Krebs et al. 2021).

3.2 Les bases légales de la prise en charge des addictions

L'article 12 de la Constitution fédérale (Cst) garantit à chaque citoyen·ne, dans la mesure des possibilités de l'État, le droit d'obtenir de l'aide dans une situation de détresse et oblige la Confédération à prendre des mesures visant à protéger la santé (art. 118 Cst). Elle confie en outre à la Confédération la tâche d'édicter des directives sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents (art. 117). La Confédération et les cantons ont pour mission de veiller à ce que les soins médicaux de base soient suffisants et accessibles à l'ensemble de la population (117b). La Constitution fédérale stipule en outre que l'exécution des peines et des mesures relève de la compétence des cantons, qui ont la possibilité de conclure des concordats avec d'autres cantons pour accomplir cette tâche (art. 3, art. 123, al. 2, art. 48 Cst). La Cst constitue ainsi une base légale pour les trois concordats actuels sur l'exécution des peines².

Les dispositions nationales – à savoir la Cst et le Code pénal (CP) – et les concordataires visent à harmoniser et à uniformiser le droit entre les cantons. L'article 60 du CP autorise un tribunal à ordonner le traitement stationnaire d'une personne délinquante présentant une addiction – une prise en charge qui doit avoir lieu soit dans un établissement pénitentiaire spécialisé, soit dans un hôpital psychiatrique. Grâce au concordat régional sur l'exécution des peines, les cantons qui ne disposent pas de leurs propres établissements pénitentiaires spécialisés ont la possibilité de faire appel à des établissements établis en dehors du canton pour le traitement

² Les trois concordats ont été créés entre 1956 et 1963 : Le concordat de la Suisse du Nord-Ouest et de la Suisse centrale : AG, BS, BL, BE, LU, OW, NW, SZ, UR, ZG Le concordat de la Suisse latine : FR, GE, JU, NE, VS, VD, TI Le concordat de la Suisse orientale : AG, AR, BL, SG, SH, TG, ZG, ZH.

Le pilotage de la prise en charge des addictions

stationnaire des personnes délinquantes présentant une ou plusieurs addictions³. En outre, la loi sur les stupéfiants (LStup) régit à l'échelle nationale la gestion de la consommation non autorisée de substances psychotropes, ainsi que leur utilisation à des fins scientifiques et médicales. La LStup définit également les compétences respectives de la Confédération et des cantons dans les quatre piliers de la politique suisse des addictions. Selon cette loi, la prise en charge des personnes présentant des troubles liés à l'addiction et nécessitant un traitement médical ou psychosocial ou des mesures d'assistance, 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).

La Confédération soutient les cantons et les organisations privées dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale Addictions. À l'échelle fédérale, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et son groupe de pilotage stratégique sont chargés d'implémenter la Stratégie nationale Addictions en collaboration avec un comité de partenaires (dont des représentants des offices fédéraux compétents) et de coordonner les acteurs et actrices clés dans ce domaine. Selon la LStup, la Confédération doit informer les cantons des dernières connaissances scientifiques et les soutenir dans la coordination, la planification et la gestion de l'offre ainsi que dans la mise en œuvre de mesures de qualité et de modèles d'intervention. Le groupe de pilotage stratégique de l'OFSP organise chaque année, en collaboration avec le comité de partenaires, une conférence réunissant les parties prenantes. Durant celle-ci, les activités de la Stratégie Addictions sont déterminées d'un commun accord avec la Plateforme de coordination et de services dans le domaine des dépendances (KDS), les offices fédéraux compétents en la matière, les conférences des directeurs et directrices cantonales et les acteurs et actrices clés de l'économie et de la politique sociale et sanitaire. En revanche, la Confédération peut aussi prendre elle-même des mesures visant à réduire les problèmes d'addiction ou confier cette tâche à des organisations privées (LStup, art. 3i).

Au niveau fédéral, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi sur l'assurance-invalidité (LAI) définissent encore d'autres conditions-cadres, sur lesquelles nous reviendrons plus en détail ultérieurement. Il est important de noter ici que la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) garantit à l'ensemble des personnes assurées le droit à des « soins médicaux de base » et que la Commission fédérale des prestations de l'assurance-maladie détermine quelles prestations font partie des « soins de base ». Or, les prises en charge des addictions font partie du catalogue de prestations des « soins de base ». Certains cantons fondent également l'organisation de la prise en charge cantonale des addictions sur la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'insertion des personnes invalides (LIPPI). Pour ce faire, ils appliquent la définition de l'invalidité également aux personnes présentant un trouble lié à l'addiction. Il existe en outre d'autres *législations spéciales* au niveau national, qui font partie des bases légales de la promotion de la santé et de la prévention (l'ordonnance sur le tabac, la loi sur l'alcool, la loi sur les jeux d'argent, entre autres), mais qui peuvent être formulées différemment aux niveaux cantonal et communal (Gschwend, 2019).

Le système de prise en charge des addictions repose donc en partie sur des directives nationales uniformes, mais pour le reste, il se décline selon la législation cantonale ou communale. La prise en charge des addictions est donc caractérisée par ce que l'on appelle le

³ Art. 14, art. 15 de la convention concordataire, *Systematische Sammlung der Erlasse und Dokumente* (SSED) 10,0

Le pilotage de la prise en charge des addictions

« fédéralisme d'exécution », c'est-à-dire qu'un niveau étatique supérieur est certes responsable de réglementer les tâches sur le plan légal (LStup), mais il confie leur exécution à un niveau étatique inférieur, qui dispose d'une certaine marge de manœuvre (Vatter, 2014). Le terme « exécution » désigne la mise en œuvre des dispositions légales, c'est-à-dire l'application de la loi. On parle de « fédéralisme d'exécution » lorsque la formulation de la politique ou de la législation, l'exécution et le contrôle de celle-ci se déroulent à différents niveaux de l'État. Comme 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, les cantons disposent de législations cantonales spéciales (à l'instar de la législation sur l'exercice d'activités d'hôtellerie et de restauration, la loi cantonale portant introduction de la Lstup, la protection de la jeunesse, la loi sur la prise en charge des addictions) qui constituent le cadre juridique de la prévention et des soins cantonaux en matière d'addictions. Les différentes bases légales cantonales se manifestent également dans les structures de financement cantonales. Par exemple, dans certains cantons, les dispositions légales relatives au financement de la prise en charge des addictions sont inscrites à la fois dans la législation de la santé publique et dans la législation de l'aide sociale. D'autres cantons, en revanche, ont décrété le financement de la prise en charge des addictions soit dans la législation de la santé publique, soit dans la législation de l'aide sociale (Künzi et al., 2019). En règle générale, l'aide sociale est mise en œuvre par les communes. La loi nationale sur l'assurance-maladie confie aux cantons la tâche de planifier l'offre de soins hospitaliers dans leur canton et de tenir une liste des hôpitaux cantonaux mandatés par le canton (art. 39 LAMal). La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) soutient les cantons dans la collaboration intercantonale en matière de planification des soins hospitaliers et émet des recommandations en la matière.

Les lois susmentionnées constituent une base déterminante qui rend légitime l'ensemble des activités de prise en charge des addictions (NAS-CPA, 2017). La quantité de ces lois, et surtout 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 de la politique des addictions et à la fourniture de ses prestations. Les *différentes législations spéciales* au niveau national (sur l'alcool, le tabac, les jeux d'argent, les substances illégales) en matière de promotion de la santé et de prévention rendent difficile le financement d'un programme de prévention plus efficace, englobant toutes les formes d'addictions, et sont désuètes en termes de contenu. Il est nécessaire d'établir une base légale *de prévention des substances et des formes d'addictions qui permette un meilleur pilotage ainsi qu'une utilisation stratégique des ressources*.

3.3 Les mécanismes de financement

En ce qui concerne le financement de la prise en charge résidentielle des addictions, on distingue principalement *deux sources de financement complémentaires*. Celles-ci sont fournies par différentes instances et impliquent fortement le système de santé et le système d'aide sociale, d'une part, et, les personnes concernées, d'autre part.

D'une part, il y a la LAMal (le système de santé), où les coûts sont principalement à la charge des caisses d'assurances : ces dernières assurent à elles seules ces coûts dans le secteur ambulatoire, et conjointement avec les cantons pour les séjours stationnaires dans les

Le pilotage de la prise en charge des addictions

hôpitaux et les cliniques. Le fait que la loi sur l'assurance-maladie est majoritairement formulée par la Confédération et les prestataires d'assurance réduit les possibilités de pilotage par les cantons dans le domaine médical de la prise en charge des addictions. D'autre part, il y a le domaine non-LAMal (le système d'aide sociale), c'est-à-dire des institutions sociothérapeutiques de prise en charge des addictions. Dans ce domaine, la situation financière des personnes concernées (bénéficiant de prestations de l'AI ou nécessitant une aide sociale) détermine le degré de compétence respective des cantons et des communes (les réglementations via les lois cantonales sur l'aide sociale et l'assistance). 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 de prise en charge des addictions et les prestataires qui traitent *de problèmes sociaux* ou non liés à l'addiction (des 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 de garanties en cas de déficit vers le financement des prestations individuelles fournies à la patientèle ou clientèle. Cela s'exprime notamment à travers le financement des hôpitaux et de la psychiatrie (LAMal) à l'aide de forfaits par cas ou à travers le financement des institutions sociothérapeutiques moyennant des forfaits journaliers (NAS-CPD, 2017). Grâce à ce transfert de coûts, les cantons et les communes peuvent économiser de l'argent. De plus en plus, cette transition a pour conséquence que les institutions sociales ne peuvent intervenir que sur ordonnance médicale. En revanche, elle a révélé une tendance à la médicalisation de l'addiction et de ses conséquences négatives (Savary et al., 2021). Comme exposé plus haut, les maladies et les problèmes liés à l'addiction sont complexes et s'accompagnent de nombreux troubles multimorbides et de problèmes sociaux. Ils sont donc souvent de plus longue durée. Si la LAMal reconnaît les prestations aux individus, mais pas à la collectivité, alors le financement de la personne peut constituer un défi de taille dans le cas d'addictions chroniques et complexes. En effet, le travail en réseau, le travail des centres d'accueil et de contact à bas seuil, mais aussi les activités non thérapeutiques (du point de vue médical) ne peuvent pas être couverts (Savary et al., 2021). Si les personnes dépendantes présentent des problèmes psychosociaux de longue durée ou importants, les instances qui financent les prestations dans le système de santé les relèguent à l'aide 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 (NAS-CPA, 2017). Or, l'action consistant à référer une clientèle à une institution thérapeutique devrait s'appuyer sur une indication fondée sur des critères professionnels. Les prestataires (par ex. un établissement thérapeutique) et les instances référentes sont responsables de garantir conjointement que l'indication repose sur des critères professionnels et qu'elle est donnée par des professionnel·le·s spécialisé·e·s (Fachverband Sucht, 2018). Si les communes doivent à la fois jouer le rôle de référentes et assumer le financement des prestations résidentielles sociothérapeutiques, elles devraient être soulagées à l'aide d'une répartition fonctionnelle et intracantonale des coûts (Fachverband Sucht 2018a).

Les cantons qui s'appuient en plus sur la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) pour organiser la prise en charge des addictions (comme le fait Bâle-Ville) emploient pour le financement des prestations fournies aux personnes présentant une addiction le même dispositif que pour les personnes présentant un

Le pilotage de la prise en charge des addictions

handicap mental ou physique. Ce que l'on appelle le « besoin d'accompagnement individuel » (BAI) est déterminé à l'aide de questionnaires en collaboration avec les personnes concernées. Ces questionnaires permettent d'enregistrer les prestations d'accompagnement individuel selon des catégories thématiques standard. Les offres d'hébergement se répartissent sur cinq⁴ thématiques de prestations d'aide, tandis que les offres de structures d'accueil de jour se déclinent en sept⁵ thématiques (Bâle-Ville 2020).

Le financement des thérapies des addictions rencontre un autre obstacle, à savoir la distinction entre la nature illégale et légale du problème principal lié à l'addiction. Dans quelques cantons, cette distinction entraîne des disparités dans leurs compétences et dans les mécanismes de financement. Dans certains cantons, par exemple, la prise en charge de la dépendance à l'alcool se déroule dans une clinique spécialisée dans les addictions, tandis que le traitement des maladies liées à l'addiction relevant du domaine illégal est dispensé dans des établissements sociothérapeutiques. Cette distinction entre les problèmes principaux légaux/illégaux existent également dans la prise en charge ambulatoire des dépendances au sein de quelques cantons⁶. Cette division correspond à une conception certes historique mais désuète. De plus, elle entraîne une inégalité des chances pour les personnes concernées (Fachverband Sucht, 2018). Pour les personnes présentant une dépendance à l'alcool, les coûts de traitement sont, pour simplifier, pris en charge par les cantons et les caisses d'assurance maladie. En revanche, les personnes dépendantes dont la principale substance problématique est illégale ont tendance à être orientées vers une prise en charge sociothérapeutique dans le canton⁷. Or, dans de nombreux cantons, les coûts de cette prise en charge doivent obligatoirement être payés par la patientèle elle-même. Comme les personnes dépendantes sont souvent sans le sous, l'obligation de payer par elles-mêmes les prises en charge sociothérapeutiques signifie concrètement que les coûts en question sont couverts par l'aide sociale de la commune de résidence ainsi que du canton. Toutefois, si la clientèle possède des moyens financiers (un salaire, des indemnités journalières de maladie, des économies, une propriété foncière) ou en hérite, elle doit les investir 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).

Depuis l'arrêt du Tribunal fédéral de juillet 2019, les personnes présentant une addiction ont les mêmes chances d'obtenir une rente de l'assurance-invalidité (AI) que les personnes présentant une autre maladie psychique / psychosomatique (Junod et al 2020). Jusque-là, les effets d'une dépendance étaient considérés comme surmontables, moyennant un peu de

⁴ Voici les thématiques de l'hébergement pour lesquelles un besoin de soutien en faveur de personnes dépendantes a été identifié à l'aide d'indicateurs : *les soins et l'alimentation* (par ex. la prise de médicaments, les soins corporels), *l'habillement et la mobilité, les pratiques de vie* (par ex. l'insertion sociale, les tâches administratives, les comportements enfreignant les règles), *la sécurité et la stabilité, et l'atteinte à la santé mentale et les comportements difficiles* (par ex. l'addiction).

⁵ Voici les thématiques des structures d'accueil de jour pour lesquelles un besoin de soutien en faveur de personnes dépendantes a été identifié à l'aide d'indicateurs : avant le début de l'activité, place dans une structure d'accueil de jour, pendant l'activité, le résultat de l'activité, les déficiences psychiques et les comportements difficiles, les soins et l'alimentation, l'aptitude au travail et l'échange d'informations par procuration.

⁶ Les consultations destinées à des personnes dont le problème principal relève de l'illégalité sont référées à la médecine ambulatoire des addictions, tandis que les prestations sociothérapeutiques peuvent s'adresser aux personnes dont la principale substance problématique est légale. Cette répartition s'avère être très complexe, notamment en ce qui concerne l'abus de médicaments ou la dépendance aux médicaments. Une prestation sociothérapeutique ne peut fournir des conseils que si les médicaments ont été obtenus de manière légale (c'est-à-dire sur ordonnance médicale).

⁷ Si la prestation sociothérapeutique est effectuée en dehors du canton, la prise en charge des coûts varie selon les cantons (par ex. CIIS-C). Seul le canton de Saint-Gall a limité la franchise à 30 francs par jour, le reste des coûts étant pris en charge par les pouvoirs publics (Fachverband Sucht 2018a).

Le pilotage de la prise en charge des addictions

volonté. C'est la raison pour laquelle ils n'étaient pas pris en compte dans la décision d'octroi d'une rente AI. Ce n'est que plus récemment, en 2019, que le Tribunal fédéral a décidé de suivre les découvertes et connaissances acquises par le monde professionnel et de reconnaître l'addiction comme une maladie dont les répercussions affectent les ressources personnelles et l'aptitude au travail des personnes atteintes. Cette nouvelle jurisprudence marque un jalon significatif et contribue à déstigmatiser les addictions. Son application incombe aux agences de l'AI et dépend de l'avis de spécialistes compétent·e·s. Or, c'est précisément sur le plan de l'application de cette jurisprudence que subsistent diverses craintes, incertitudes et défis. Le Tribunal fédéral affirme que l'assurance sociale peut continuer à exiger de la personne bénéficiaire d'une rente qu'elle réduise son dommage au minimum, qu'elle participe activement à sa réinsertion et qu'elle suive un traitement médical. Cela pourrait donner lieu à des situations où l'on exige des personnes présentant une addiction qu'elles réduisent, voire qu'elles cessent complètement leur consommation. Or, on sait aujourd'hui que les objectifs primaires d'une prise en charge sont la réduction des dommages, l'amélioration de la qualité de vie, le soutien à la réinsertion sociale et professionnelle et la réduction des symptômes. Ainsi, la réduction de la consommation constitue non pas l'objectif principal, mais plutôt un moyen d'atteindre les objectifs précités. Une approche stricte ou sous contrainte visant à atteindre l'abstinence peut avoir un effet contre-productif sur le succès du traitement, voire entraîner des conséquences graves pour les personnes concernées, comme des comportements auto-agressifs ou des intoxications fatales (Junod et al 2020).

Compte tenu de ces évolutions, il incombe aux acteurs et aux actrices de la prise en charge des addictions de continuer à garantir que les personnes présentant des addictions chroniques bénéficient elles aussi d'une prise en charge et d'un traitement adéquat et de longue durée. Dans le système actuel, cela n'est possible qu'en combinant le financement de l'offre et le financement de la personne, ce dernier couvrant également le travail des interfaces entre les offres (Berthel et al., 2015).

4 Les offres et les prestations de service

La prise en charge des addictions en Suisse 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 reconnu·e·s issu·e·s 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, mais essentiellement par 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, historiquement, ont mis en place les principaux axes de la prise en charge des addictions.

4.1 Les objectifs primordiaux et les normes de la prise en charge

Le concept de réduction des risques – nouvellement introduit dans les années 1990 dans le cadre de la politique suisse des quatre piliers – ainsi que la problématique des addictions désormais appréhendée dans une approche médicale, ont conduit à une remise en question toujours plus importante des approches traditionnelles, basées principalement sur le renoncement à la consommation, y compris dans le domaine du traitement (Clot et al., 2021). Dans le sillage de cette évolution des discours, les objectifs primordiaux de traitement de la prise en charge résidentielle des addictions ont également connu des modifications à l'échelle internationale. Sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et au lieu de se focaliser uniquement sur le comportement de consommation ou l'abstinence, la priorité s'est déplacée vers la santé et l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées (Bundesamt für Gesundheit, 2015; World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime, 2020a).

Selon l'OMS et l'ONODC (ibid.), cela suppose les *objectifs de prise en charge* suivants :

- La cessation ou la réduction de la consommation de substances psychoactives,
- L'amélioration de l'état de santé, de la qualité de vie et de l'insertion sociale de la personne concernée,
- La réduction des comportements à risque et de leurs conséquences néfastes.

En outre, chaque prise en charge doit répondre aux *exigences* suivantes :

- Les prises en charge sont fondées sur la science et les preuves.
- Elles sont conformes à la Déclaration des droits de l'homme des Nations unies et aux conventions existantes des Nations unies⁸.
- Elles favorisent l'autonomie des patient·e·s et des client·e·s.
- Elles favorisent la sécurité des individus et de la société.

Les objectifs primordiaux de prise en charge décrits dans les principes directeurs de l'OMS et de l'UNODC impliquent un renforcement de la dimension sociale dans la prise en charge des addictions. Par ailleurs, la formulation de ces objectifs de prise en charge va de pair avec la « responsabilisation » des personnes concernées, leurs « chances de réalisation » et l'amélioration de leurs conditions de vie (Sommerfeld, 2016). Une étude récemment publiée sur les évolutions et les changements au sein des institutions sociothérapeutiques

⁸ Voir également le principe n° 2 intitulé « Ensuring ethical standards of care in treatment services » de l'OMS et de l'UNODC (World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime, 2020a).

Les offres et les prestations de service

résidentielles en Suisse romande soutient cette approche. En permettant aux usagers et usagères de développer des compétences qui les aident à mieux gérer leur quotidien, les institutions sociothérapeutiques résidentielles agissent bien au-delà de la réduction de la consommation (ou de l'abstinence). Des objectifs de traitement dans ce sens sont en accord avec la Stratégie nationale Addictions, dont l'accent porte sur la qualité de vie, la responsabilité personnelle et le renforcement des compétences en matière de santé (Clot et al., 2021).

4.2 L'éventail des offres de services

Un système de prise en charge des addictions efficace donne accès à un large éventail de services capables de couvrir l'ensemble des problèmes auxquels les usagers et usagères sont confronté·e·s. Aucune approche ne peut, à elle seule, répondre à tous les types, degrés de gravité ou stades de l'addiction. Le modèle du cube adopté par la Commission fédérale pour les questions liées à l'alcool, aux drogues et à la prévention du tabagisme (Bundesamt für Gesundheit, 2010) illustre cette complexité. Pour que les prestations d'aide puissent répondre aux besoins spécifiques de la patientèle et de la clientèle en fonction de l'étape à laquelle elles se trouvent ou de la gravité de leur problème d'addiction, l'offre de prise en charge doit être proposée à différents niveaux du système de santé (WHO & UNODC, 2020a). Ainsi, l'éventail des offres de prise en charge des addictions s'étend des soins de santé primaires aux services de santé tertiaires. Il comprend à la fois des programmes de traitement spécialisés pour les addictions et des offres non spécialisées. Pour répondre aux besoins des différents groupes de population, il est nécessaire de diversifier les prestations de prise en charge des addictions en fonction des groupes cibles spécifiques (WHO & UNODC, 2020a). La diversification de l'offre devrait s'inspirer des besoins des usagers et usagères – en particulier des populations vulnérables – en matière de prise en charge, de soutien ou de traitement.

Selon l'OMS et l'ONUDC, un système de prise en charge des addictions devrait pouvoir répondre à des *exigences minimales* ; il devrait au moins proposer les offres de prise en charge suivantes et s'assurer qu'elles soient disponibles, accessibles et abordables à différents niveaux du système de santé :

- les services de proximité et à bas seuil,
- les prestations d'aide dans les établissements non spécialisés,
- les traitements hospitaliers et ambulatoires,
- les traitements médicaux et psychosociaux,
- les traitements de longue durée dans des institutions d'hébergement ou des offres à bas seuil,
- les structures de suivi.

Grâce à son offre diversifiée, la prise en charge des addictions répond aux exigences minimales préconisées par l'OMS et l'ONUDC (2020). L'éventail des offres s'étend des différents services de prévention en matière d'addictions aux centres (ni médicaux, ni psychosociaux) de consultation ambulatoire et aux offres d'insertion professionnelle, en passant par des centres de consultation spécialisés ou thématiques (par ex. concernant l'addiction aux jeux d'argent ou la consommation de tabac), des services ambulatoires de médecine des addictions, des services de cliniques psychiatriques (la médecine stationnaire et ambulatoire des addictions), des cliniques spécialisées dans les addictions (la médecine stationnaire des addictions), des institutions sociothérapeutiques stationnaires, des institutions de réduction des risques et d'aide à la survie (la distribution d'héroïne, les centres de contact et d'accueil avec ou sans possibilité de consommer, le travail de rue et d'autres offres à bas seuil) et des offres

Les offres et les prestations de service

d'hébergement (par ex. l'hébergement assisté dans une institution, l'accompagnement ambulatoire dans les résidences privées, les organisations de placement familial, etc.) (Baumberger & Knocks, 2017).

Comme exposé plus haut, les prestations et les financements sont l'objet de grandes disparités entre d'une part, les prestations sociothérapeutiques résidentielles en matière d'addictions et d'autre part, la médecine des addictions en milieu hospitalier. Cette dernière propose avant tout le sevrage de substances psychotropes et des traitements de comorbidités somatiques et psychiatriques aiguës. En outre, moyennant des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques, elle a pour ambition d'aider les personnes à trouver et maintenir leur motivation à l'abstinence et à renforcer leurs aptitudes à prévenir des récidives. La médecine des addictions en milieu hospitalier se concentre sur le tableau clinique défini par la psychiatrie et la psychologie des troubles liés à l'addiction (Fachverband Sucht 2018a). Les offres de prise en charge stationnaire et sociothérapeutique des addictions s'engagent elles aussi à aider les personnes à trouver et maintenir leur motivation à l'abstinence et à renforcer leurs aptitudes à prévenir des récidives à l'aide d'un accompagnement psychothérapeutique. En outre, elles favorisent le développement de ressources biopsychosociales, telles que la stabilisation et l'amélioration des conditions de vie, l'activation des ressources, la capacité à mener une vie autonome et responsable ou encore la réinsertion sociale et professionnelle. L'institution sociothérapeutique de prise en charge des addictions effectue son travail dans un contexte où la communauté occupe une place centrale ; elle ne cesse de développer des compétences utiles à la vie quotidienne, de sorte que les personnes concernées retrouvent leurs aptitudes nécessaires à fonctionner au sein de la société. À cet égard, la prise en charge sociothérapeutique des addictions offre une aide et un soutien dans les différents domaines de la vie durant une période raisonnable. Contrairement à la médecine stationnaire des addictions, qui prévoit généralement un séjour de 6 à 24 semaines maximum, une prise en charge sociothérapeutique stationnaire peut durer entre 12 et 78 semaines (Fachverband Sucht 2018a).

Au cours de ces dernières années en Suisse, les offres de conseil et de thérapie numériques sur le web ont également gagné en importance. La plateforme de conseil en ligne *SafeZone.ch* mérite une attention particulière : elle propose aux personnes concernées et à leurs proches des informations et des conseils et publie régulièrement des alertes concernant les substances. *SafeZone.ch* est soutenue conjointement par la Confédération et les cantons. Plus de 30 centres de conseil différents y proposent conjointement des services de conseil en ligne à bas seuil. L'éventail d'offres diverses et variées de la prise en charge des addictions en Suisse comprend en outre de nombreuses organisations d'entraide, qui, à titre d'offre supplémentaire à l'aide professionnelle en matière d'addictions, participent pleinement au conseil, à la thérapie et au suivi des personnes présentant des addictions et de leurs proches. En outre, de nombreux autres prestataires de services constituent un maillon fondamental du système de prise en charge des addictions, et ce, malgré le fait qu'ils et elles ne peuvent pas y être directement rattaché·e·s. Les prestataires de soins dit·e·s « réguliers » ou « régulières » agissent dans les systèmes de santé, de soins et d'aide annexes. Il s'agit par exemple de médecins traitants, d'hôpitaux, de maisons de retraite, de pharmacies et de différents services de travail social, comme le conseil en matière d'endettement, les services sociaux et les agences de l'AI, les autorités de protection de l'enfance et de l'adulte, le travail social en milieu scolaire, le travail auprès des jeunes et le travail social de proximité (Baumberger & Knocks 2017).

Les offres et les prestations de service

Les structures cantonales d'offre et de soins se sont développées au fil du temps et visent à prendre en compte le contexte et les particularités régionales (NAS-CPD, 2017). Grâce à la structure fédéraliste de la Suisse, il est possible d'admettre des asynchronies territoriales. Ainsi, chaque canton, et parfois même chaque commune, met en place et retirent les politiques à son propre rythme. Ce fonctionnement présente divers avantages, comme la *possibilité de faire des expériences et des comparaisons entre les cantons et les villes*. Le fédéralisme permet en outre l'adoption d'*innovations porteuses d'avenir* et, enfin, d'admettre les divergences d'opinion, pour autant qu'elles ne dépassent pas les limites territoriales convenues (cantonales ou communales)(Cattacin 2012). Tant qu'un accès équivalent à une prise en charge et à un traitement adéquat est garanti, ces divergences ne sont pas problématiques.

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 comparaison avec les pays européens, la Suisse occupe une place de choix en ce qui concerne l'offre de mesures de réduction des risques. Et pourtant, en 2019, sur les sept offres de *drug checking*, on en comptait six 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.

4.3 L'accès et l'accessibilité des offres

C'est un fait bien connu que les structures de l'offre et les chemins d'accès actuels à la prise en charge des addictions ne parviennent pas suffisamment à atteindre les groupes particulièrement vulnérables dont les habitudes de consommation et/ou les comportements sont problématiques. Grâce aux systèmes de monitoring de la consommation de substances psychoactives et des addictions comportementales, il est possible de connaître les prévalences au sein de certains groupes de la population⁹ et, en combinaison avec des indicateurs fondés sur la théorie¹⁰ qui favorisent les addictions, d'identifier des groupes vulnérables spécifiques. 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, de faire appel à des offres d'aide et d'information existantes (Rimann, 2014). Parmi les facteurs personnels, on trouve par exemple un statut économique inférieur, l'abandon d'une formation, l'isolement social ou géographique ou encore une mobilité réduite (Rimann, 2014). Ainsi, les personnes de statut social inférieur sont davantage touchées par des maladies et des troubles chroniques, sont soumises à un risque accru de décès prématuré, peuvent moins bien évaluer leur propre santé et leur qualité de vie liée à la santé, disposent de moins de compétences et/ou de ressources pour faire face aux maladies survenues ainsi qu'aux problèmes qui en découlent. Le terme « inégalité de santé » (en anglais, *health inequality*) désigne les disparités sociales face à la morbidité et la mortalité. Il s'agit d'une forme extrême d'inégalité sociale qui représente un défi sociopolitique majeur dans un État-providence fondé sur la solidarité et l'égalité des chances (Lampert et al. 2016). Mais il y a aussi l'inaccessibilité délibérément choisie, que l'on

⁹ Voici quelques exemples de prévalences spécifiques à des groupes cibles : **adolescent·e·s et jeunes adultes (18–25 ans)** : ivresse ponctuelle, cannabis, jeux, médicaments psychoactifs, snus et cigarettes électroniques. **Personnes âgées** : consommation chronique d'alcool à risque, médicaments. **Femmes (30–50 ans)** : médicaments (antidépresseurs, somnifères et tranquillisants). **Hommes plus jeunes (jusqu'à 30 ans)** : cannabis, analgésiques opioïdes, cocaïne, dépendance aux jeux de hasard (Rimann 2014 ; Gmel et al. 2018 ; MonAM 2022).

¹⁰ Exemples : Le chômage, l'âge de la retraite, le sans-abrisme, la maladie mentale (psychose, schizophrénie).

Les offres et les prestations de service

observe souvent chez les adolescent·e·s 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, UNOCD 2020). Pour planifier des mesures stratégiques et opérationnelles de manière efficace, il est tout d'abord nécessaire d'identifier et de comprendre les barrières et des obstacles à l'accès aux services de prise en charge des 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 (Maier & Salis Gross, 2015).

Selon les normes internationales de l'OMS et l'UNOCD (2020a), les conditions suivantes doivent être remplies lors de l'élaboration des offres :

- Les prises en charge ne doivent *pas* représenter un *risque financier* pour les personnes concernées.
- *Le cadre juridique* ne doit pas empêcher les personnes concernées de suivre un traitement.
- Les services doivent être *disponibles* et accessibles aussi bien dans les *zones urbaines que rurales*.
- Les offres de prise en charge devraient être proposées par les *différents niveaux du système de santé*.

Pour développer un système de soins *encourageant l'égalité des chances*, il est important de remplir les quatre conditions de l'OMS et de l'UNOCD et d'écartier tous les obstacles à l'accès aux offres d'aide et d'information. *Les offres non spécialisées* jouent un rôle important dans l'accès et l'accessibilité aux traitements, car les obstacles à leur utilisation semblent moins importants. Les dépistages et les interventions brèves permettent non seulement de prévenir les maladies graves liées à la dépendance ou d'en réduire les séquelles, mais ils peuvent également faciliter l'accès à des offres spécialisées (Rush & Urbanoski, 2019). Ils peuvent avoir lieu dans le cadre des soins de santé primaires, des soins d'urgence, dans les hôpitaux et les services psychiatriques, dans les soins de périnatalité, dans les services sociaux, les écoles et les établissements pénitentiaires (WHO & UNODC 2020a, S. 33). De plus, l'accès aux offres de prise en charge des addictions peut être facilité au moyen d'*offres à bas seuil et de proximité*, notamment pour les personnes qui n'ont pas ou peu accès au système de santé, qui ne perçoivent pas leur problème de dépendance ou qui manquent de motivation pour demander de l'aide (WHO & UNODC, 2020a).

4.4 L'analyse de l'offre et des groupes cibles

En ce qui concerne le *pilotage stratégique*, l'Organisation mondiale de la santé recommande dans ses normes une planification, un pilotage et une évaluation systématiques de la prestation de services (OMS & ONUDC 2020a). Ainsi, les rapports de planification établis à intervalles réguliers – qui comprennent une analyse des besoins et une planification de l'offre généralement étayées – constituent les fondements d'un pilotage ciblé (StremLOW et al. 2019). Les systèmes de monitoring peuvent s'avérer utiles lorsqu'il s'agit de compléter les rapports de planification (par ex. le Monitoring des dépendances 2019 du canton de Bâle-Ville ou le Rapport de monitoring 2020 du canton de Vaud du DCISA).

Le développement de l'offre et des prestations de prise en charge des addictions présuppose l'analyse des données épidémiologiques différenciées au regard de la fréquence, la répartition

Les offres et les prestations de service

socio-structurelle et l'évolution dans le temps des problèmes de dépendance au sein de la population (StremLOW et al., 2019, S. 86ff; WHO & UNODC 2020a, S. 14). Dans de nombreux pays (par ex. les États-Unis, la France, le Canada, l'Allemagne)¹¹ mais aussi en Suisse, il existe des systèmes de monitoring et d'information qui fournissent des informations basées sur des preuves dans le but de développer en continu le système de prise en charge des addictions (y compris la prévention). Il existe également des systèmes de monitoring internationaux, comme ceux de l'*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) ou de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC).

En Suisse, différents systèmes de monitoring et de statistiques internationaux, nationaux et cantonaux se prêtent à être exploités pour concevoir un système de soins global. Il existe différents indicateurs de la consommation de substances et des addictions comportementales au sein de la population, permettant de compléter les données auto-déclarées des enquêtes menées auprès de la population. C'est le cas par exemple des analyses d'eaux usées, des dénonciations, des données sur les accidents de la route et les causes de décès, de données médicales provenant des hôpitaux et des services d'urgence (par ex. les échantillons de sang, les médicaments prescrits), des données de l'administration douanière concernant les substances saisies, ainsi que des données concernant les admissions ou les consultations dans le système de prise en charge des addictions. Pour pouvoir recueillir les tendances d'évolution de l'offre de la manière la plus exhaustive possible, il est recommandé de combiner différents systèmes de saisie, faute de quoi certaines tendances pourraient être mal comprises, voire pas détectées du tout.

Le système national de monitoring des addictions (MonAM) de l'OBSAN est riche d'informations concernant les différentes *prévalences* de substances et de certaines addictions comportementales (surtout l'addiction aux jeux d'argent) ainsi que leur évolution dans le temps. Disponible en ligne gratuitement depuis octobre 2018, le MonAM accompagne la mise en œuvre de la Stratégie nationale Addictions (OFSP 2018). Le MonAM exploite différentes sources de données, telles que l'enquête suisse sur la santé, la statistique des accidents de la route ou la statistique des causes de décès. L'OBSAN intègre en outre les données recueillies et analysées chaque année par le système de monitoring suisse *act-info* (Sucht Schweiz, 2020). *Act-info* saisit de manière homogène les données concernant la clientèle des *traitements ambulatoires et résidentiels des addictions ainsi que les demandes de traitement* auprès de ces institutions. En font partie les deux statistiques régulières *act-info-Residalc* (le traitement résidentiel des dépendances à l'alcool) et *act-info-FOS* (le traitement résidentiel des dépendances aux substances, surtout illégales). Infodrog effectue lui aussi un monitoring annuel du taux d'occupation ou d'utilisation et du nombre de places au sein des institutions de thérapie résidentielle des addictions (Infodrog, 2020a). L'*offre de prise en charge médicale des addictions* est recensée dans différentes statistiques de l'Office fédéral de la statistique : notamment la statistique des institutions médicosociales (SOMED), la statistique des hôpitaux (KS), la statistique médicale des hôpitaux (prestations stationnaires) et les données de la clientèle ambulatoire des hôpitaux (PSA) (Bundesamt für Statistik, 2020b).

En ce qui concerne les traitements de substitution et les traitements avec prescription d'héroïne, il existe la « Statistique nationale des traitements de substitution » (des enquêtes en collaboration avec les médecins cantonaux) et la statistique des traitements avec

¹¹ÉTATS-UNIS : le *National Institute on Drug Abuse* <https://nida.nih.gov/about-nida>; France : www.ofdt.fr, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives ; Canada : Canadian Center on Substance Use and Addiction <https://www.ccsa.ca/>; Allemagne : Hauptstelle für Suchtfragen <https://www.dhs.de/>.

Les offres et les prestations de service

prescription d'héroïne en collaboration avec les centres de traitement ambulatoire autorisés à prescrire de l'héroïne¹². Pour améliorer le pilotage cantonal, des enquêtes cantonales ont en outre été menées (Arnaud et al., 2019; da Cunha et al., 2009; Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2019; Künzi et al., 2018) et des données ont été recueillies à l'échelle nationale concernant l'état actuel du financement de la prise en charge des addictions (Gehrig et al., 2012; Künzi et al., 2019a).

Les études d'évaluation réalisées par l'Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF) peuvent, quant à elles, s'avérer utiles à évaluer la *qualité des prestations dans le système de prise en charge des addictions*. L'ISGF est un institut rattaché à l'université de Zurich, qui, en tant que centre reconnu, collabore depuis 2005 avec l'Organisation mondiale de la santé¹³ dans des rapports contractuels. Moyennant une enquête standardisée sur les prestations stationnaires et ambulatoires ainsi que sur les offres d'hébergement, l'ISGF vérifie, sur mandat de l'OFSP, l'application de la norme de qualité QuaThéDA instituée depuis 1999 (Qualité, Thérapie, Drogue, Alcool) du point de vue de la clientèle. Cette norme a pour objectif de promouvoir l'amélioration de la qualité dans les institutions de prise en charge ambulatoire et résidentielle des addictions, ainsi que dans les offres d'hébergement spécifiquement destinées aux personnes présentant des addictions. L'un des instruments utilisés dans le cadre de QuaTheDA pour mesurer la qualité s'intitule « QuaTheSI » (*Quality Therapy Satisfaction Instrument*). Il permet aux institutions d'évaluer leur offre du point de vue de leur clientèle et d'identifier le potentiel d'amélioration dans certains domaines. Cet instrument sert donc à évaluer la satisfaction de la clientèle présentant des problèmes d'addiction ou de leurs proches par rapport à l'institution qu'ils et elles ont fréquentée et au conseil, à la prise en charge, au traitement ou à l'accompagnement qu'ils/elles y ont reçu (Dey & Schaaf 2016, p. 7). Grâce à l'évaluation régulière des prestations par une personne ou un organe indépendant (par ex. un·e délégué·e aux problèmes des addictions, une commission des drogues), l'analyse et l'évaluation du système cantonal de prise en charge des addictions se feront avec un certain professionnalisme. Les documents et l'évaluation professionnels qui en résultent devraient être 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 (Fachverband Sucht, 2018).

Les différents systèmes de saisie et d'évaluation jouent un rôle clé dans le pilotage de la prise en charge des addictions. À l'heure actuelle, pour effectuer une analyse exhaustive de l'offre, des besoins et des groupes cibles en Suisse, il est nécessaire d'exploiter les données de différents systèmes de monitoring. L'ancien Monitoring suisse des addictions a repris ce rapport exhaustif couvrant la période entre 2011 et 2019 et a analysé et publié des données représentatives de la population résidante en Suisse (2011–2016) sur le thème des addictions et du risque de la consommation de substances. La reprise d'une plateforme nationale de rapports, comme l'ancien Monitoring suisse des addictions, irait également dans le sens des normes internationales de l'OMS et de l'ONUSD. En effet, selon ces deux organisations internationales, le développement d'un système national et fonctionnel d'information sur les addictions nécessite le soutien des acteurs et actrices 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 et d'un observatoire national des addictions et des drogues ne peut être défini sans processus participatif ni sans tenir compte des aspects techniques (OMS & ONUDC 2020a, p. 19).

¹² https://www.substitution.ch/fr/monitorage_act_info.html (dernier accès en date le 07.03.2022)

¹³ <https://www.isgf.uzh.ch/de.html> (dernier accès 07.03.2022)

5 Les systèmes de soins

Comme exposé au deuxième chapitre, les addictions s'accompagnent de troubles somatiques et de problèmes sociaux importants (*chapitre 2*). Le travail réalisé auprès des personnes dépendantes doit donc être appréhendé dans une approche interprofessionnelle. Or, bien que la complexité du travail dans le domaine des addictions soit évidente aux yeux de toutes et tous, la collaboration ne coule pas de source. Outre les difficultés structurelles, cette complexité est également liée aux catégories professionnelles respectives de leur socialisation par l'activité professionnelle et aux différents professionnels de la médecine, de la psychothérapie, du travail social impliqués dans le traitement, le conseil et l'accompagnement (Berthel, 2021).

Dans ce contexte, rares sont les prestataires de la prise en charge des addictions qui sont en mesure de garantir à eux seuls une *prise en charge adéquate* de la ou des personnes concernées ; la plupart du temps, des prestations fournies en amont, en parallèle ou en aval par d'autres prestataires sont nécessaires. Dans le domaine de la prise en charge des addictions, il n'existe donc pratiquement aucune modalité de prise en charge qui, à elle seule, pourrait résoudre de manière adéquate tous les 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 & StremLOW, 2006). 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).

Ainsi, la prise en charge des addictions se présente comme un *système de soins* structurellement complexe et hautement spécialisé, dans lequel des questions de coordination et de coopération interinstitutionnelles se posent à différents niveaux. Il s'agit en particulier de

- (a) la gestion des cas dans les réseaux de soins (*section 5.1*),
- (b) la mise en réseau / coopération des prestataires et la coordination des offres (*section 5.2*),
- (c) la coopération intercantonale et la conception de systèmes de soins régionaux (*section 5.3*).

5.1 La gestion des cas dans les réseaux de soins

Le système de prise en charge des addictions est constitué d'une multitude d'offres de services sociaux et médicaux. Par conséquent, la mise en réseau structurelle et à l'échelle des cas et la coordination de la prise en charge au-delà des frontières d'un système de prise en charge constituent non seulement des tâches exigeantes, mais représentent également un défi de coopération entre les différentes institutions. D'après le concept de soins coordonnés (Office fédéral de la santé publique 2016), le travail en réseaux de soins pourrait comprendre les étapes suivantes :

Les systèmes de soins

Étape de travail	Description
Informations issues des premiers points de contact (les médecins généralistes, les soins à domicile, les services sociaux, les entreprises, etc.)	Pour que la prise en charge des addictions puisse fournir des prestations, son accès doit être à bas seuil (chapitre 4.3). Les premiers points de contact sont donc d'une importance capitale. L'information régulière et systématique sur la prise en charge 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 prise en charge. Dans leurs normes relatives aux cadres de prise en charge, l'OMS et l'UNODC (2020, p. 27) recommandent d'employer le modèle SBIRT (S creening, b rief i nterventions and r eferrals to other relevant services).
Évaluation de la problématique d'addiction	Comme les addictions sont souvent des phénomènes biopsychosociaux complexes entraînant des conséquences sur le plan social (<i>chapitre 2</i>), une indication différenciée ou une évaluation (<i>assessment</i>) semble indiquée dans de nombreux cas. Pour ce faire, différents instruments d'évaluation existent, comme par exemple l'« Addiction Severity Index » (ASI) ¹⁴ ou l'« Indice de Gravité d'une toxicomanie » (IGT) (RISQ 2018), QuaTheDA-E (infodrog 2016). Righetti & Thierry (2010) proposent en outre une vue d'ensemble de ces instruments. De surcroît, toute une série d'approches du diagnostic social entrent en ligne de compte (Abderhalden 2022, Hansjürgens & Schulte-Derne 2020).
Le case management au fil du parcours du cas	Agissant tel un élément liant au sein d'un système de soins, le case management gagne toujours plus d'importance dans le domaine de la prise en charge des addictions (Arendt, 2018; Bartsch, 2017). Les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la prise en charge des addictions revêtent une importance particulière, tout comme la mise en réseau efficace des différents secteurs de soins (Marschall et al., 2009). Et pourtant, tout comme c'est le cas en Allemagne et en Autriche (Arendt, 2018), le <i>case management</i> n'est pas (encore) systématiquement établi à l'échelle des cas dans le système suisse de prise en charge. En Suisse, il devrait en outre être possible de mettre en place un case management qui va au-delà des frontières cantonales.

¹⁴ Conçu pour la première fois par McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1980) ; un exemplaire est fourni à l'adresse [_https://adai.washington.edu/instruments/pdf/Addiction_Severity_Index_Baseline_Followup_4.pdf](https://adai.washington.edu/instruments/pdf/Addiction_Severity_Index_Baseline_Followup_4.pdf) (dernier accès 07.03.22).

Étape de travail	Description
Vérification de la réalisation des objectifs au fil du parcours du cas	Selon les normes de l'OMS et de l'ONUDC (2020, p. 14), la santé et le bien-être de la clientèle devraient régulièrement faire l'objet d'une évaluation au cours de la prise en charge. Il convient en outre de vérifier si les objectifs de prise en charge ont été atteints. Dans certaines circonstances, le case management pourrait avoir pour tâche – outre la coordination et la concertation entre les prestataires – d'évaluer la réalisation des objectifs en collaboration avec la personne dépendante et le ou la prestataire.
L'évaluation / l'accompagnement scientifique	En complément de l'évaluation au cas par cas, l'OMS et l'ONUDC (2020, p. 11) recommandent de d'étayer autant que possible la prestation de services à l'aide d'interventions reposant sur des données probantes. ¹⁵ Cela va au-delà du cas individuel et nécessite un accompagnement scientifique systématique en la matière, ainsi qu'une évaluation des parcours de soins – comme cela est mis en œuvre, par exemple, dans le rapport statistique du canton du Valais (Addiction Valais 2020) ou dans le rapport de monitoring du canton de Fribourg (2019).

Les parcours de soins de Suisse alémanique et de Suisse romande ont été conçus de différentes manières, ce qui est principalement le fait de la répartition différente des compétences entre le canton et les communes. Alors qu'en Suisse alémanique, les principaux domaines administratifs sont souvent rattachés au niveau communal, en Suisse romande, ils le sont au niveau cantonal. Contrairement à la Suisse alémanique, les dispositifs d'indication de Suisse romande gagnent toujours plus de terrain. Ils permettent d'examiner les demandes de traitement à l'aune de critères objectifs et, qui plus est, de les adapter à l'offre locale. De la sorte, les centres d'indication facilitent l'adjudication de mandats aux institutions, la prise en charge de garanties financières couvrant les séjours hospitaliers et de subventions alimentant les structures ambulatoires, la gestion des places et l'adaptation des prestations, la coordination des acteurs et des actrices, le suivi des profils et des parcours de soins des bénéficiaires. Ils ont pour fonction d'évaluer la gravité de la situation problématique d'une personne et de l'orienter au sein du réseau de prise en charge des addictions. Ces centres sont compétents pour toutes les addictions et rassemblent des professionnel·le·s autour de différents problèmes liés aux addictions (Savary et al., 2021).

5.2 La coordination cantonale et la coopération entre les prestataires de soins

Les client·e·s des services de prise en charge des addictions font généralement appel aux prestations les plus diverses. Si ces dernières ne sont pas suffisamment coordonnées, il se peut que la qualité du traitement ou la réalisation des objectifs thérapeutiques en souffrent. Il convient donc de soutenir et d'encourager une collaboration systématique entre les

¹⁵ Source : OMS & ONUDC (2020), page 11 : « Such systems should learn from and adopt as much as possible of evidence-based interventions into their services. There is a need to carry out evaluation research ... ».

Les systèmes de soins

prestataires de soins, axée sur le parcours de soins. Pour ce faire, deux approches différentes sont possibles : (a) les instances cantonales favorisent la collaboration entre les prestataires (la 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.

(a) *La coordination cantonale* : Sommerfeld (2016) appelle, dans le domaine de la prise en charge des addictions, à une intensification des efforts visant à mettre en réseau entre les prestataires plutôt orienté·e·s vers la médecine et la psychiatrie et celles et ceux du domaine médicosocial et psychosocial. Cela permettra d'assurer de manière durable la qualité et l'efficacité du système de prise en charge des addictions et de la prévention des dépendances, et ce, malgré les différents cadres légaux et financiers). Le troisième principe décrit dans les normes établies par l'OMS et l'ONUDC encourage, lui aussi, une coordination accrue (2020, p. 10) : « Favoriser le traitement des troubles liés à la consommation de substances grâce à une coordination efficace entre le système de justice pénale et les services sociaux et de santé ». De même, les exigences de qualité QuaThéDA proposent des critères de qualité pertinents relevant de la « mise en réseau externe » : « Les problèmes de qualité surviennent généralement aux interfaces (par exemple en raison d'un défaut d'informations ou de concertation concernant les responsabilités). Il est donc nécessaire de réglementer la collaboration au niveau des cas, ce qui permettra par ailleurs de fournir des prestations plus efficacement au sein du réseau de prise en charge des addictions. Pour garantir le bon fonctionnement de cette collaboration interdisciplinaire, il est utile de conclure des conventions de collaboration » (Référentiel QuaThéDA 2021). Réalisé en 2012 par le canton de Fribourg, le projet « Coordination de la prise en charge des personnes dépendantes (drogues illégales et alcool) » est un bon exemple en matière de coordination cantonale (Direction de la santé et des affaires sociales 2012). Ce projet a pour objectifs de concevoir et de mettre en œuvre un plan d'action cantonal dont les caractéristiques sont les suivantes (ibid. 2012) :

- Il comprend une offre de haute qualité qui répond aux besoins et aux problèmes actuels et avérés.
- Il repose sur une collaboration interinstitutionnelle et interdisciplinaire.
- Il propose un parcours de prise en charge centré sur la personne dépendante.
- Il exploite les ressources disponibles de manière optimale (efficacité et efficience).
- Il aspire à l'amélioration et l'adaptation en continu (besoins/offres, fonctionnement, résultats).

Ce plan d'action est actuellement mis en œuvre par un service cantonal interdépartemental et un groupe de pilotage. Le projet de coordination cantonale comporte des idéaux-types, généralement recommandés pour mettre sur pied la coordination cantonale entre les prestataires.

(b) *la coopération entre les prestataires* : 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 ou 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). Les défis ont été reconnus et, selon Berthel et al. (2015), la politique des addictions doit continuer à exiger la mise sur pieds de coopérations.

Les systèmes de soins

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

La *mise en réseau horizontale et verticale* des acteurs et actrices concerné·e·s joue un rôle fondamental dans l'élaboration de systèmes de soins régionaux. Dans le contexte de la prise en charge des addictions, tant le travail en réseau entre les cantons (horizontal) que la collaboration du canton avec les organisations régionales, les associations professionnelles, les prestataires de services et la Confédération (vertical), sont la plupart du temps mis sur pied par des spécialistes opérationnels (Kübler et al. 2008). Cela se traduit par exemple par le fait que de nombreux cantons disposent de leurs propres commissions ou groupes de travail traitant du thème des addictions, composés d'expert·e·s, de prestataires et d'autres acteurs et actrices clés de la prise en charge des addictions au sein du canton, qui conseillent et informent les instances de décision politiques. Au niveau fédéral, il existe depuis 2020 une commission spécialisée : la « Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention des maladies non transmissibles (CFANT) », qui, forte de son expertise professionnelle, conseille le Conseil fédéral et l'administration fédérale en matière d'addictions et de prévention. Infodrog est la *Centrale suisse de coordination des addictions* mise en place par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Elle a pour base légale la loi sur les stupéfiants (art. 29a, al. 3) et est gérée depuis 2008 par la Fondation suisse pour la santé RADIX. Infodrog contribue de manière significative à l'efficacité de la mise en réseau et de la coordination verticale et horizontale entre la Confédération, les cantons, les associations professionnelles et les institutions de prise en charge des addictions. Elle favorise la diversité, la perméabilité, la qualité ainsi que l'accessibilité des différentes offres de prévention, de conseil, de thérapie et de réduction des risques (Infodrog, 2022). En tant que service spécialisé, elle constitue également un point de contact important pour les personnes en quête d'informations et de conseils. Infodrog organise régulièrement des journées d'étude et des formations continues régionales et nationales.

La CDCA (Conférence des délégué·e·s cantonaux aux problèmes des addictions) fait office d'*interface entre la Confédération et les cantons*, ainsi qu'entre les instances politiques et l'expertise professionnelle. En tant que conférence technico-professionnelle, elle fait partie de la CDAS (Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales) et est constituée d'un·e représentant·e de chaque canton ainsi que d'invité·e·s permanent·e·s de la Confédération (Office fédéral de la santé publique, Office fédéral de la police), de la CDAS et d'Infodrog. Lors des réunions que la CDCA organise, les délégué·e·s cantonaux aux problèmes des addictions ont régulièrement la possibilité d'échanger des informations et des expériences relatives à la politique des quatre piliers. Il arrive fréquemment que les membres de la CDCA jouent un rôle de conseil, d'information ou de médiation dans les processus politiques, dans l'organisation des soins, les structures de financement ou concernant les tendances d'évolution. En effet, loin de se limiter aux aspects techniques, leur expertise couvre également les processus politiques (KKBS 2013, p. 3).

Nombreuses sont les organisations de prise en charge des addictions qui sont établies dans plus d'un canton à la fois (Baumberger & Knocks, 2017, S. 22). Souvent, les institutions de prises en charge des 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. Cette situation se reflète également dans l'enquête en ligne réalisée par le Büro Bass (Künzi

Les systèmes de soins

et al., 2019b, S. 35ff) dans le cadre de l'« état de lieux du financement de la prise en charge des addictions ». Les représentant·e·s des cantons et des communes, les prestataires de services et les associations professionnelles ont été prié·e·s d'évaluer une série d'énoncés concernant les problématiques de la prise en charge des addictions. Bien que le rapport ne mette pas en évidence les différences cantonales, les personnes interrogées critiquent unanimement le fait que chaque canton tente en premier lieu de prendre en charge sa clientèle au niveau régional et qu'il est difficile de franchir les interfaces, même à proximité des frontières cantonales. Par exemple, dans le secteur stationnaire, le pilotage suprarégional/cantonal fait défaut, soi-disant par ce que cela n'aurait pas de sens que « tout le monde propose tout ». En outre, les personnes interrogées confirment que la coordination intercantonale et la couverture régionale (les soins proposés dans les régions périphériques, la gratuité des traitements/consultations exclusivement pour la clientèle du canton, les capacités limitées) sont des domaines problématiques.

La Convention intercantonale des institutions sociales (CIIS) joue elle aussi un rôle fondamental dans la prise en charge des addictions. Elle constitue la base sur laquelle s'appuie la collaboration intercantonale dans le domaine des institutions sociales et règle leurs modalités de financement entre les cantons. Pour ce faire, elle divise ses domaines d'application en quatre parties distinctes (A-D), le domaine C de la CIIS étant responsable des institutions résidentielles de prise en charge des addictions. Alors que tous les cantons ont adhéré aux domaines A (les institutions résidentielles pour enfants et adolescent·e·s), B (les institutions pour adultes présentant un handicap) et – à l'exception d'Appenzell Rhodes-Intérieures – D (les écoles spéciales externes), seuls 19 cantons adhèrent actuellement au domaine C de la CIIS. Ces 19 cantons peuvent, à la demande de l'institution, soumettre leurs institutions résidentielles intracantonales à la CIIS C, pour autant que celles-ci répondent aux exigences de qualité de la CIIS. La CIIS C veille à ce que les personnes concernées puissent également bénéficier de thérapies résidentielles dans un autre canton ayant adhéré au domaine CIIS C et que le financement de la thérapie soit garanti par la loi.

Les disparités entre les cadres institutionnels des cantons (par ex. en ce qui concerne les compétences, le pilotage et le financement de la prise en charge des addictions) représentent un défi de taille lorsqu'il s'agit de renforcer la collaboration intercantonale et l'aménagement régional. Avant de mettre sur pied de telles collaborations, il est indispensable de standardiser les informations et mettre en place des formes d'échange régulier.

6 Conclusions et réflexions

La manière d'appréhender les problèmes d'addictions a évolué depuis les années 1990. Le discours idéologique autour de la consommation de substances psychoactives cède la place à une approche de plus en plus fondée sur des données probantes. Dans une perspective de santé publique, l'élaboration de mesures préventives tient davantage compte des différents modèles de consommation que des substances individuelles. De plus, grâce à l'ancrage légal de la politique des quatre piliers en 2008, les mesures de réduction des risques font désormais partie intégrante de la prise en charge des addictions. Les objectifs thérapeutiques primordiaux visent non plus l'abstinence, mais plutôt la qualité de vie, la responsabilité individuelle et l'aptitude à vivre des personnes dont le mode de consommation est problématique.

Les troubles liés à une addiction sont des états de santé complexes dont les déterminants sont psychosociaux, environnementaux et biologiques. Une dépendance (chronique) s'accompagne souvent de problèmes de santé, sociaux et, le cas échéant, juridiques. Au vu de cette imbrication de problèmes, il est indispensable d'examiner d'un œil critique les tendances actuelles à la médicalisation des coûts de la prise en charge des addictions (financement accru par le biais de la LAMal). Les mesures indispensables de travail social à bas seuil, de mise en réseau, de mesures socioéducatives et sociothérapeutiques devraient, elles aussi, être financées (par ex. l'insertion sociale et professionnelle). Plutôt que d'éloigner les prestataires du secteur médicopsychiatrique de celles et ceux du domaine médicosocial et psychosocial en instaurant des conditions-cadres de financement disparates, il s'agit plutôt de resserrer les liens qui les unissent. Il convient dès lors d'examiner d'un œil critique la tendance croissante qui consiste à *passer d'un financement de l'offre à un financement de la personne*, c'est-à-dire d'un financement des structures et des établissements moyennant notamment de garanties en cas de déficit vers le financement des prestations individuelles fournies à la patientèle ou clientèle (Künzi et al., 2019b).

La complexité d'un trouble lié à une addiction rend indispensable l'élaboration de mesures renforcées de coopération cantonale ou régionale. La coopération est une décision politicostratégique que l'on prend activement et qui exige la collaboration active de l'ensemble des acteurs et actrices. C'est aux instances politiques en matière de substances psychoactives et d'addictions comportementales qu'il incombe de favoriser le pilotage stratégique. En ce qui concerne le *pilotage stratégique* de la prise en charge des addictions, l'Organisation mondiale de la santé recommande dans ses normes de planifier, piloter et évaluer la prestation de services de manière systématique (OMS & ONUDC 2020a, p. 14 & p. 19).

S'appuyant sur les connaissances internationales et nationales concernant l'organisation de la prise en charge des addictions (la planification, le pilotage, la fourniture de prestations et l'évaluation), ce rapport a pour objectif de proposer aux professionnel·le·s et aux responsables cantonaux *des pistes de réflexion* pour développer la prise en charge des addictions. Pour ce faire, des thèses concernant le potentiel de développement et des questions annexes sur le thème du pilotage de la prise en charge des addictions ont été formulées pour chaque domaine de développement, à savoir la dépendance en tant que problème biopsychosocial et ses conséquences sociales, le pilotage, l'offre et les prestations, le système de soins.

Conclusions et réflexions

	Les rapports aux problèmes et la différenciation des services de prise en charge des addictions	L'alimentation et la structuration de la prise en charge des addictions
Les conditions cadres et le pilotage de la prise en charge des addictions (l'environnement)	a) La dépendance en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales	b)Le pilotage de la prise en charge des addictions sur le plan politique
Les prestations et structures de la prise en charge des addictions (système)	c) L'offre et les prestations	d)Les systèmes de soins

Tableau 2 : les quatre axes de développement de la prise en charge des addictions, d'après StremLOW et al. (2019, p. 6)

6.1 Les thèses concernant le potentiel de développement : la dépendance en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales

La dépendance en tant que phénomène biopsychosocial et ses conséquences sociales

La dépendance 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. 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 la *prise en charge et la réinsertion* des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, et ce, conformément aux exigences de qualité en la matière (LStup, art. 3d). Les diverses conséquences d'une addiction sur les plans somatique, psychique, social et professionnel doivent être prises en compte à parts égales.

Pistes de réflexion :

- 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 la prise en charge cantonale des addictions ?
- 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 ?

Conclusions et réflexions

6.2 Les thèses concernant le potentiel de développement : le pilotage de la prise en charge des addictions

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

Axée sur huit champs d'action, la Stratégie nationale Addictions (2017-24) sert de cadre de référence dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des addictions pour les acteurs et actrices à tous les étages de la Confédération, pour les professionnel-le-s ainsi que pour la prestation de service. Elle propose des points de repère pour la réalisation d'activités et de projets les plus divers en rapport avec les addictions. Les structures de soins du système de prise en charge des addictions se sont développées au fil du temps et tiennent compte du contexte et des particularités régionales.

Pistes de réflexion :

- Dans quelle mesure et sous quelle forme les politiques des cantons en matière d'addictions s'alignent-elles sur la stratégie nationale des addictions ?
- Quelle importance est-elle accordée aux différents champs d'action de la Stratégie nationale Addictions dans la politique cantonale des addictions / la prise en charge des addictions ?
- 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 la prise en charge des addictions sont-elles suffisamment exploitées à l'aide d'approches comparatives et/ou de « bonnes pratiques » dans le but de développer (de manière systématique) les politiques 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).

Pistes de réflexion :

- 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 acteurs et actrices impliqué·e·s dans la politique et la prise en charge des addictions de s'assurer, à l'avenir également, que les personnes présentant une addiction

Conclusions et réflexions

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 addiction, sans pour autant devoir prendre un risque financier. Dans le système actuel, cela n'est possible qu'en combinant 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 maladie et d'autres caisses) et, le cas échéant, la justice.

Pistes de réflexion :

- Où les modèles de financement nationaux et cantonaux s'avèrent-ils efficaces, où des difficultés surviennent-elles ?
- Les mesures indispensables de travail social à bas seuil, de mise en réseau, socioéducatives et sociothérapeutiques sont-elles suffisamment financées (p. ex. des mesures d'insertion sociale et professionnelle, le travail aux interfaces ou de mise en réseau des professionnel·le·s) ?
- Les structures de financement actuelles aspirent-elles à l'égalité des chances ? Tou·te·s les bénéficiaires motivé·e·s peuvent-ils et elles faire appel à toutes les offres de prise en charge des addictions, sans que le cadre juridique ne les en empêche ou qu'ils et elles ne doivent prendre un risque financier ?

Les incitations inopportunes des structures de financement

L'augmentation du financement de la personne par les établissements de prise en charge des addictions représente un défi, en particulier dans le cas des addictions chroniques et complexes. Si les personnes dépendantes présentent des problèmes psychosociaux de longue durée ou importants, les instances qui financent les prestations dans le système de santé les relèguent à l'aide 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. 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 rapporter 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.

Piste de réflexion :

- Quelles mesures les cantons prennent-ils pour éviter les incitations économiques inopportunes dans les centres d'indication compétents ou pour favoriser la garantie de prise en charge des coûts selon des critères professionnels ?

Conclusions et réflexions

6.3 Les thèses concernant le potentiel de développement : les offres et les prestations de service

L'éventail de l'offre de services de prise en charge des addictions au sein du canton

Selon l'OMS et l'ONUDD, les *exigences minimales* d'un système de prise en charge des addictions comprennent : des offres d'aide de proximité et à bas seuil, des offres de prise en charge 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).

Piste de réflexion :

- Les cantons disposent-ils de toutes les offres élémentaires recommandées par l'OMS / l'ONUDD 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 prestataires extracantonaux ?

L'accès et l'accessibilité des services de prise en charge des 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 des obstacles à l'accès aux services de prise en charge des 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.

Pistes de réflexion :

- Existe-t-il des concepts et des initiatives permettant d'identifier, puis d'écartier les obstacles à l'utilisation des services par les personnes 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 la prise en charge des 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.

Pistes de réflexion :

- 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

Conclusions et réflexions

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 de prise en charge des 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 la prise en charge des addictions au niveau cantonal ?
- Les politiques cantonales en matière de dépendance, 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 la prise en charge des 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 de prise en charge des addictions et l'évalue selon des critères professionnels. Cette évaluation selon des critères professionnels permet de mettre en évidence les fondements du pilotage et d'attirer l'attention sur le potentiel 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.

Piste de réflexion :

- Les cantons mandatent-ils régulièrement des professionnel·le·s pour évaluer leur système de soins selon des critères spécialisés ? Comment les nouvelles connaissances concernant les potentiels de développement sont-elles prises en compte dans le pilotage cantonal de la prise en charge des addictions ?

6.4 Les thèses concernant le potentiel de développement : les systèmes de soins

La gestion des cas dans le système de soins

Dans le système interdisciplinaire de prise en charge des addictions, les offres de services médicaux et sociaux 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,

Conclusions et réflexions

acteurs et actrices. Une mise en réseau et une coordination efficaces des différents secteurs de soins contribuent à garantir la transition sans heurts d'une étape à l'autre de la prise en charge. Le travail dans un système de soins coordonnés peut comprendre les :

- Informations issues des premiers points de contact (les médecins généralistes, les soins à domicile, les services sociaux, les entreprises, etc.)
- Évaluation de la problématique d'addiction
- Le *Case Management*
- Vérification de la réalisation des objectifs au fil du parcours du cas
- L'évaluation / l'accompagnement scientifique

Pistes de réflexion :

- Comment la coordination et la mise en réseau des différents secteurs de soins/prestataires sont-elles mises en place à l'échelle des cas dans les cantons ? Des procédures systématiques de gestion des cas sont-elles appliquées ?
- Les premiers points de contact (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 de prise en charge des 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 de prise en charge à l'échelle des cas ?

La coordination cantonale et la coopération entre les prestataires de soins

Si les prestations de prise en charge des 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 prestataires de soins, axée sur le parcours de soins. Pour ce faire, deux approches différentes sont possibles : (a) les instances cantonales favorisent la collaboration entre les 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.

Pistes de réflexion :

- Les cantons ont-ils pris des mesures pour établir une coordination régulière et systématique entre les prestataires (par ex. à l'aide de plateformes d'échange ou de réunions de réseaux des 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 ?

Conclusions et réflexions

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

De nombreuses organisations de prise en charge des addictions se sont établies dans plusieurs cantons. Souvent, les institutions de prises en charge des 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.

Pistes de réflexion :

- 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 la prise en charge des addictions sont-elles suffisamment exploitées à l'aide d'approches comparatives et/ou de « bonnes pratiques » dans le but de développer (de manière systématique) les politiques en matière d'addictions ?
- L'interdépendance intercantonale des offres 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 ?

7 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.
- 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)
- Arendt, I. (2018). Case Management in der Sucht- und Drogenhilf. 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.
- BAG. (2010). Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. Bern: Bundesdruckerei.
- BAG. (2015). Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Bern: BAG.
- BAG. (2021). Zahlen und Fakten Sucht.
- 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 [Text/html,application/pdf]. 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 (S. 837–863). Springer.
- Bundesamt für Gesundheit. (2010). Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz.
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). Faktenblatt Koordinierte Versorgung. [file:///C:/Users/HP/Downloads/Faktenblatt_Projekt_Koordinierte_Versorgung%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Faktenblatt_Projekt_Koordinierte_Versorgung%20(1).pdf).
- 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. (2020a). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen—Detailkonzept. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/somed.htm>
- Bundesamt für Statistik. (2020b). Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2020.
- 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)

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.

Da Cunha, A., Mager, C., & Schmid, O. (2009). La quaradrature 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. 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.

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., & Telser, H. (2020). Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. Polynomics. Sur
mandat de l'OFSP.

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.

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.G

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.

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

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, S.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.

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.

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.

- Künzi, K., Liesch, R., & Jäggi, J. (2019b). Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(2), 153–165.
- Maier, L. J., & Salis Gross, C. (2015). Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesebericht der Expertengruppe. ISGF-Bericht, 360.
- Mann, K. (2014). *Verhaltenssuchte. 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> (Letzter Zugriff: 07.03.2022)

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., Durgnat, H., & Periard, C. (2021). Über die Krankheit hinaus: Die Rückkehr der Sozialen Arbeit. In *Soziale Arbeit und Sucht* (S. 261–278). Springer VS, Wiesbaden.
- 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.*
- 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.*
- Schubert, H. (2017): *Entwicklung einer modernen Sozialplanung. Ansätze, Methoden und Instrumente.* In: *Archiv der Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/2017. S. 4–19.*
- 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.

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>

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit
Werftstrasse 1
6002 Luzern

T +41 41 367 48 48
sozialarbeit@hslu.ch
hslu.ch/soziale-arbeit