



FORUM ADDICTIONS 2018



Compte rendu

Réalisé par REL'IER - relier.relais.ch

Table des matières

Table des matières	2
1. Préambule.....	3
2. Introduction	4
3. Actions de santé publique et sociales pour lutter contre les méfaits de la consommation de stupéfiants, d'alcool et des médicaments non prescrits (2015-2017)	6
4. Programme cantonal de prévention du tabagisme 2018 – 2021	8
5. Groupes de réflexion	9
5.1. Jeunes et consommations : repérage et intervention précoce.....	9
5.2. Consommations récréatives : de la prévention structurelle à la réduction des risques.....	15
5.3. Gestion de la problématique alcool dans la communauté	21
5.4. Hébergement : évolution de l'offre – entre collectif et individuel.....	25
5.5. Quelle insertion sociale et professionnelle pour les personnes en situation de précarité ?.....	29
6. Table ronde : Quelles perspectives pour la politique addictions du canton de Vaud ?	34
7. Bibliographie.....	37
7.1. Ouvrages de référence en lien avec les groupes de réflexion.....	37
7.2. Rapports récents dans le domaine des addictions concernant le canton de Vaud, publiés par l'IUMSP	39

L'équipe de REL'IER remercie vivement M.Nicolas Pythoud pour sa relecture attentive et le travail effectué sur le texte de ce compte-rendu.

1. Préambule

En juin 2009, le Conseil d'Etat a approuvé la mise en place du Forum « PSLA » (Promotion de la Santé et Lutte contre les Addictions), dont le but est de favoriser les échanges entre l'Etat et les professionnel-le-s du domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Il s'agit d'un instrument qui a pour tâche d'assurer la communication et la coordination entre les services de l'Etat et les intervenant-e-s de terrain.

Le Forum Addictions 2018 a été organisé par le Service de la santé publique (SSP), le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), REL'IER et l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP). Il a réuni 284 personnes le 31 mai 2018 à Lausanne.

L'objectif de ce Forum était de réaliser un bilan de la politique vaudoise en matière d'addictions et de tracer des perspectives pour la législature en cours. Le Forum s'est ouvert sur le mot de bienvenue de Mme Françoise Jaques, cheffe du SPAS. Dans son introduction, Mme Jaques a rappelé l'importance, pour le canton, d'entendre le point de vue et les observations des professionnel-le-s du domaine des addictions. Dans cette optique, cinq groupes de réflexion réunissant des professionnel-le-s ont échangé durant la matinée sur les thèmes suivants : jeunes et consommations ; consommations récréatives ; gestion de la problématique alcool dans la communauté ; hébergement ; insertion sociale et professionnelle.

La matinée s'est conclue par la présentation des résultats de l'étude sur le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud (MARSTUP) réalisée par une équipe de recherche composée d'Addiction suisse, de l'IUMSP et de l'Ecole de sciences criminelles (ESC).

L'après-midi s'est ouverte par la présentation du Dr. Karim Boubaker, médecin cantonal. Ce dernier a cité en préambule le dernier rapport de l'OFSP concernant les aspects de la lutte contre les méfaits des toxicodépendances résumant les rôles et responsabilités de chaque acteur du domaine des addictions. Pour terminer son intervention, M. Boubaker a rappelé le but du Forum.

La Dresse Martine Monnat, médecin cantonal adjointe, a poursuivi l'après-midi en rappelant les actions de santé publique menées pour lutter contre les méfaits de la consommation de stupéfiants, d'alcool et de médicaments non-prescrits pour la période 2015-2017 dans le cadre de la politique des 4 piliers.

Son intervention a été suivie par la présentation des résultats des cinq groupes de réflexion qui se sont réunis en matinée. Ces résultats ont fait l'objet d'une discussion avec l'ensemble des participant-e-s, dont des représentant-e-s politiques.

Cet échange a été suivi par la présentation de M. Frank Zobel, vice-directeur d'Addiction Suisse, des thématiques émergentes et des défis à relever dans le domaine des addictions. Sa présentation a été suivie par une table ronde qui a permis de débattre autour des perspectives pour la politique addiction du canton de Vaud.

Le Forum a été conclu par M. Maillard, Conseiller d'Etat et chef du département de la santé et de l'action sociale (DSAS).

Le document présenté ici rassemble les restitutions des différentes interventions et moments d'échanges de la journée. L'ensemble des présentations de la journée se trouve annexé sur la page internet dédiée au Forum Addictions et est disponible sur cette page internet : relier.relais.ch/forum-addictions.

Radio FMR a réalisé une émission spécialement dédiée au Forum. L'émission est disponible sur le site Internet : radio-fmr.ch.

2. Introduction

F. Jaques, Cheffe de service (Service de prévoyance et d'aide sociales)

K. Boubaker, Médecin cantonal (Service de la santé publique)

En ouverture du Forum, Mme F. Jaques souhaite la bienvenue au 2ème rendez-vous du Forum Addictions au nom du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Elle remercie REL'IER et les collaborateurs et collaboratrices des services du Canton pour l'organisation de cette rencontre.

Mme Jaques rappelle que ce Forum est l'occasion pour toutes les actrices et tous les acteurs du domaine d'échanger et de réfléchir ensemble aux réussites et aux difficultés de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction. Elle souligne qu'il est particulièrement important pour le canton de pouvoir entendre le point de vue et les observations des professionnel-le-s de terrain pour alimenter la réflexion en vue de développer une politique socio-sanitaire cantonale qui réponde au mieux aux besoins.

Mme Jaques cite les évolutions majeures de ces dernières années : changements des besoins et des comportements des personnes dépendantes, augmentation de la poly-consommation, apparition de nouveaux besoins liés à l'augmentation de la précarité et des difficultés psychosociales.

Ces dernières années, la prise en charge des personnes souffrant d'addiction a changé de paradigme : **l'abstinence n'est plus un objectif, mais un moyen**. En conséquence, les professionnel-le-s ont dû adapter leurs prestations, notamment :

- développement de programmes de prise en charge plus individualisés ;
- adaptation des établissements aux questions de poly-consommation et de difficultés psychiques ;
- adaptation du nombre de places des institutions ;
- développement de l'accompagnement en appartement.

Dans ce contexte, Mme Jacques relève l'engagement et la faculté d'adaptation dont les professionnel-le-s font preuve.

Aujourd'hui, cet engagement se traduit par leur participation à cinq groupes de réflexion sur les thématiques suivantes :

- jeunes et consommations : repérage et intervention précoce;
- consommations récréatives : de la prévention structurelle à la réduction des risques;
- gestion de la problématique alcool dans la communauté;
- hébergement : évolution de l'offre – entre collectif et individuel;
- quelle insertion sociale et professionnelle pour les personnes en situation de précarité ?

Ces réflexions devraient permettre de sortir du cloisonnement des domaines et de favoriser concrètement la collaboration entre tous les acteurs afin d'apporter des réponses adaptées. Il s'agit notamment de faciliter l'accès aux prestations pour toutes les personnes qui consomment quelles que soient leurs difficultés et leurs projets. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de diversifier les offres ambulatoires et résidentielles, de les adapter et de les décloisonner.

C'est dans cette perspective que le Canton a notamment mis en place le dispositif d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) au début 2017.

Le DCISA regroupe 7 centres d'indication et 7 établissements socio-éducatifs. Outre l'indication en elle-même, le dispositif permet le monitoring de toutes les situations, monitoring qui permet une meilleure planification de l'offre cantonale dans le secteur résidentiel en matière d'addiction.

En ouverture de l'après-midi, M. Boubaker cite la page d'introduction du dernier rapport de l'OFSP sur les aspects de lutte contre les méfaits des toxicodépendances. Cette introduction résume les rôles et responsabilités de chaque acteur du champ des dépendances.

M. Boubaker rappelle qu'il est primordial de tenir compte du fait qu'on s'adresse à des personnes qui, parfois, nous sont chères. Les conséquences générales d'une addiction, pour la personne et son entourage, sont particulièrement lourdes et méritent que l'on s'y attache.

Il n'est pas question de procédures, mais bien de tentatives de faire évoluer la société et les personnes.

Dans son activité d'officier de santé publique et de médecin cantonal en l'occurrence, une très grande attention est portée à ces questions, parce que ce sont des questions de santé publique, sociétales et qui touchent à l'individu. Chacun porte, à un moment donné, la responsabilité de l'autre, de la société, et de ses actes.

En dernier lieu, M. Boubaker rappelle le but de ce Forum qui est de permettre une (ré)orientation des politiques publiques dans le domaine des addictions.

3. Actions de santé publique et sociales pour lutter contre les méfaits de la consommation de stupéfiants, d'alcool et des médicaments non prescrits (2015-2017)

Dre Monnat, Médecin cantonal adjoint (Service de la santé publique)

La couverture cantonale pour les prestations médico-sociales et de réduction des risques qui déploie ses effets aujourd'hui s'appuie sur un socle existant composé :

- de centres ambulatoires pluridisciplinaires de traitement,
- d'unités hospitalières spécialisées,
- d'établissements socio-éducatifs,
- de centres d'accueil à seuil bas,
- du programme de remise de matériel d'injection stérile,
- des dispositifs d'indication et de suivi (EVITA, DCIST).

Globalement, les actions de santé publique et sociales visent à :

- la protection des personnes vulnérables,
- l'accessibilité pour tous aux prestations médico-sociales reconnues,
- la continuité des interventions médico-sociales,
- le développement de la réduction des risques à tous et dans toutes les situations,
- la concertation entre sécurité, santé et social.

Dans ce contexte, les actions menées de 2015 à 2017 ont consisté à :

- structurer le réseau,
- coordonner les interventions,
- renforcer et clarifier la gouvernance,
- compléter et organiser l'offre,
- à surveiller l'évolution des besoins.

Plus spécifiquement et dans le cadre de la politique cantonale des 4 piliers, les actions suivantes sont poursuivies :

Prévention chez les jeunes :

- Développement de mesures structurelles visant à interdire la vente de tabac et à l'alcool aux mineurs et d'en restreindre l'accès par la mise en place d'une directive (en cours d'élaboration SSP, FVA, CIPRET et Police du commerce).
- Mise en place d'achats tests pour veiller à l'application des cadres légaux (FVA et CIPRET).
- Développement de mesures de repérage et d'intervention précoce permettant de prévenir les risques de rupture scolaire et de désinsertion sociale (PGDEP et DEPART).

Thérapies :

- Assurer l'accès à tout l'éventail des offres thérapeutiques médico-sociales reconnues en complétant le dispositif par la mise en œuvre d'un programme de prescription médicalisée de diacétylmorphine et le développement d'offres diversifiées pour l'hébergement et la réinsertion.
- Assurer la continuité des soins par la fusion des dispositifs EVITA et DCIST en un seul dispositif DCISA.

Réduction des risques :

- Protéger les personnes concernées, leur entourage et la société des risques sanitaires et sociaux liés à la consommation en soutenant la création d'un espace de consommation sécurisé et en encourageant la mise en place de mesures de réduction des risques dans les milieux festif et carcéral.

Régulation du marché :

- Veiller à la cohérence entre les mesures de répression du trafic/de régulation de l'offre et les objectifs de santé publique en développant la collaboration avec les autorités pénales et en créant, à terme, une plate-forme de concertation santé publique/sécurité publique.

4. Programme cantonal de prévention du tabagisme 2018 – 2021

Dre Monnat, Médecin cantonal adjoint (Service de la santé publique)

Les constats

La consommation de tabac dans le canton de Vaud est, en moyenne, plus élevée (31%) que la consommation moyenne en Suisse (28%). Les personnes de 15 à 34 ans sont les plus touchées (40%). La consommation de tabac est liée aux inégalités sociales (niveaux de formation/revenu, nationalité).

Le programme de prévention du tabagisme est déployé par le CIPRET VD en collaboration avec les spécialistes (PMU, Ligue pulmonaire VD).

Ce programme a pour objectif la réduction des maladies et des décès prématurés dus au tabagisme. Il est axé autour des 4 axes suivants :

Prévention comportementale

- Outils et actions renouvelés
- Vision globale et transversale
- Inégalités sociales
- Aide à l'arrêt

Protection de la santé et réglementation du marché

- Suivi et application des cadres légaux (ventes aux mineurs, publicité, tabagisme passif)
- Défis liés aux nouveaux produits du tabac

Information et sensibilisation de l'opinion

- Enjeux sanitaires, socio-économiques et environnementaux
- Acceptation sociale et politique des mesures de prévention

Coordination et collaboration

- Synergies et collaborations intra et extras cantonales

5. Groupes de réflexion

L'objectif des groupes de réflexion entre professionnel-le-s était de réaliser un bilan des actions développées ces dernières années et de tracer des perspectives dans les thématiques abordées. La question principale était l'adaptation des offres face à l'évolution des besoins. Sur la base des besoins constatés par les professionnel-le-s, il s'agissait, dans chaque groupe, de déterminer les mesures à ajuster et celles à développer.

Les priorités retenues ont été présentées l'après-midi afin d'en débattre avec l'ensemble des participant-e-s.

5.1. Jeunes et consommations : repérage et intervention précoce

Les questions posées à ce groupe étaient les suivantes : « De la promotion d'un environnement favorable à l'accompagnement des jeunes en situation de vulnérabilité, quel est le rôle des adultes, spécialistes ou non ? Quelles interventions privilégier selon les différents contextes ? »

Animateur : K. Carrasco (REL'IER)

Intervenant-e-s : S. Bonjour (Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire), K. Bornand (DEPART), L. Guillod (DEPART)

CADRE DE L'ACTION

DEPART¹ et l'Unité PSPS² sont mandatés par le Canton (DSAS et DFJC) pour des prestations visant à réduire les risques de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. Leur concept d'action se réfère au modèle du repérage et de l'intervention précoce (IP).

Pyramide de l'intervention précoce (voir www.interventionprecoce.ch)



¹ Pour plus d'information sur DEPART, voir : www.chuv.ch/psychiatrie/fiches_psychiatrie_details.htm?fiche_id=349

² Pour plus d'information sur l'Unité PSPS, voir : www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-la-formation-de-la-jeunesse-et-de-laculture-dfjc/service-de-lenseignement-specialise-et-de-lappui-a-la-formation-sesaf/unite-psps

Ce modèle a pour objectifs de repérer au plus tôt les jeunes en difficulté en raison de leurs consommations de substances et, le cas échéant, de les prendre en charge précocement avant l'aggravation des conséquences de la consommation. Cela contribue à leur maintien dans le système de formation, ainsi qu'à éviter des ruptures tout en recevant des soins.

BILAN DES ACTIONS

DEPART a deux missions principales :

- la prise en charge des jeunes en situation de vulnérabilité,
- le soutien aux professionnel.le.s de premier recours.

De 2014 à 2017, le nombre de demandes de prise en charge oscille entre 148 et 184 demandes. La moyenne d'âge des personnes prises en charge est de 17 ans dont 71,5% sont de sexe masculin. Les demandes de prise en charge proviennent principalement du secteur des soins somatiques pour les filles et du secteur du trouble du comportement et du système judiciaire pour les garçons.

La majorité des jeunes (75% en moyenne) sont insérés scolairement et/ou professionnellement. Toutefois, cette insertion est souvent précaire (risque de décrochage scolaire ou de l'apprentissage). De plus, les ruptures de prise en charge sont multiples pour les personnes les plus vulnérables.

Le point de départ des prises en charge est souvent lié à une consommation problématique de cannabis. D'autres problématiques peuvent apparaître lors de l'évaluation telles qu'une consommation excessive d'alcool et/ou des comportements sexuels à risque. La consommation d'autres substances psychotropes apparaît également chez les jeunes plus âgés, souvent en lien avec le contexte festif.

Récemment et dans le cadre de la politique d'asile, l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) s'est adressé à DEPART pour des prises en charge de jeunes migrants non accompagnés avec d'autres types de problématiques.

Dans le cadre du soutien aux professionnel-le.s de première ligne, DEPART propose des analyses de situations concrètes, de l'intervision et des formations aux acteur-trice-s des milieux éducatifs (foyers, milieu scolaire, SPJ, insertion, TSP, etc.), ainsi qu'aux acteur-trice-s de la santé et de la justice et police. Ces interventions ont pour objectif de soutenir ces professionnel-le.s pour les aider à repérer les jeunes en difficulté dans les différents contextes et de les accompagner au mieux afin d'éviter leur exclusion des institutions. De 2014 à 2017, DEPART a proposé 175 interventions de soutien aux professionnel-le.s.

L'Unité PSPS intervient au sein de la communauté dans le but de promouvoir un environnement favorable au développement des jeunes. Elle développe son action principalement au niveau des écoles obligatoire et post- obligatoires (gymnase, école professionnelle et de transition, etc.).

L'Unité PSPS intervient également au niveau du repérage par la mise en place d'outils et de procédures pour favoriser la prise en charge précoce. Le taux de couverture de ces actions est variable selon les régions scolaires. Environ 50% des établissements ont mis en place un tel dispositif, l'objectif à atteindre étant de 100%.

Au cours de l'année scolaire 2016-2017, 800 projets de promotion de la santé et de prévention ont été menés dans le cadre du programme PSPS. Ces projets ont porté sur :

- le climat scolaire,
- le bien-vivre ensemble,

- les facteurs globaux de protection sur les addictions,
- la violence,
- les problématiques liées à l'alimentation.

D'autres part, plus de 4'000 prestations de prévention primaire liées aux addictions ont été menées par des partenaires externes.

QUESTIONNEMENTS

A) Implication des intervenants non spécialistes

1. Comment impliquer des intervenants non spécialistes et les parents ?
2. Comment les soutenir dans cette tâche ?
3. Comment les aider à agir dans le respect de leur rôle et de leurs limites ?
4. Comment renforcer leur légitimité ?

B) Recensement et coordination

1. Comment réaliser un recensement adéquat ainsi qu'une coordination des interventions en sachant que d'autres actions se font par d'autres hors-programme scolaire ?

C) Position de la santé dans l'éducation

1. Quels sont les besoins en matière de formation des enseignant-e-s et des acteur-trice-s extrascolaires ?

D) Parcours et ruptures de soin

1. Comment encourager la transition à l'âge adulte et éviter que les jeunes les plus vulnérables passent à travers les mailles du dispositif de soin ?

E) Place des addictions sans substances (hyperconnectivité, jeux d'argent, etc.)

1. Quelle est la réalité des besoins et comment mieux intégrer ces problématiques dans l'approche préventive ?

DISCUSSION

Ecole

Environ un tiers des écoles secondaires n'ont pas encore de concept de repérage et d'intervention précoce. Ces programmes impliquent la mise en place d'un projet d'établissement en collaboration avec les professionnel-le-s de santé. Il faut donc renforcer l'adhésion des directions d'établissement à élaborer un concept global de prévention qui va au-delà d'une démarche « action-réaction » comme l'on peut le constater parfois.

Mise à part l'adhésion indispensable des directions, il est nécessaire de créer les conditions optimales pour la mise en œuvre d'une démarche d'intervention précoce (présence, temps et ressources à disposition des acteur-trice-s PSPS) en tenant compte des contraintes de l'établissement.

Il est signalé que certains établissements ont mis en place un dispositif d'intervention précoce (IP) portant sur d'autres thématiques comme par ex. la maltraitance et le harcèlement.

La mise en place d'un concept de prévention implique également de travailler à la compréhension partagée des concepts, des rôles et responsabilités des différent-e-s acteur-trice-s (par ex. sur les limites du territoire scolaire).

Au niveau de la scolarité obligatoire, il est relevé qu'une grande évolution du travail préventif a eu lieu depuis quelques années. D'une prévention spécifique liée principalement à la consommation de drogues et à l'alimentation, la prévention est devenu non-spécifique. Elle met l'accent aujourd'hui

davantage sur le climat scolaire et sur les facteurs de protection³. La prévention est beaucoup plus globale aujourd'hui afin de travailler sur les facteurs de vulnérabilité.

Dans cette optique, il s'agit aujourd'hui de renforcer les compétences des professionnel-le-s en la matière et de renforcer l'estime de soi des jeunes et leurs compétences psychosociales.

Il est également signalé que des interventions spécifiques liées à un produit (en particulier l'alcool) sont mises en place en s'adressant non pas à toutes les classes d'un établissement, mais à celles les plus concernées (par ex. suite à des situations de comas éthyliques).

Il existe aussi des actions spécifiques selon les lieux, par ex. à Lausanne où une campagne de prévention sur l'alcool a été mise en place auprès des 13-14 ans.

Pour terminer, il est relevé qu'il est important aujourd'hui de chercher comment mieux recenser les diverses actions, y compris celles réalisées par d'autres partenaires que DEPART et l'Unité PSPS, mais aussi de les communiquer au réseau pour savoir ce qui se fait (monitoring et information).

Communauté : acteurs extrascolaires et parents

Le dispositif mis en place ne doit pas s'arrêter à l'école, mais intégrer les autres acteur-trice-s de la communauté (parents, centres de jeunes, travailleurs sociaux de proximité, associations, police, etc.). Ces parties prenantes n'ont pas forcément la même compréhension ni la même représentation des phénomènes et des solutions. Ce serait donc le rôle des réseaux et des plateformes d'aider les acteur-trice-s à se doter d'une vision commune des phénomènes. Par ailleurs, il est nécessaire de trouver comment vitaliser ces deux entités.

Le travail en réseau implique de réfléchir entre acteur-trice-s concerné-e-s afin de renforcer la diffusion de messages préventifs cohérents auprès des jeunes.

Il existe des rencontres de réseau de différents types : des rencontres qui ont pour objectif de renforcer la cohésion du réseau et d'autres qui ont pour objectif de traiter de situations concrètes.

L'intervention précoce démontre que tous les partenaires appartenant au réseau ont un rôle à jouer. Il est donc nécessaire de les réunir périodiquement afin qu'ils se connaissent mieux et de les soutenir dans leur rôle de relais. Au sein de ces réseaux, il est nécessaire de favoriser le dialogue en créant des espaces d'échange, de valoriser la collaboration afin d'agir dans un objectif commun.

Pour les professionnel-le-s, cela signifie en particulier d'impliquer au maximum les parents et les jeunes. Il est toutefois relevé qu'il est parfois difficile de mobiliser les parents, surtout les plus concernés. Il faut travailler à ce qu'ils se sentent concernés dans leurs responsabilités et leurs rôles, sans qu'ils se substituent aux adultes de l'école.

Les parents de jeunes en difficulté ont tendance à se culpabiliser parfois. Aussi, il est nécessaire de les déculpabiliser au préalable. Il est également nécessaire de savoir comment entrer en contact avec eux afin de leur fournir des informations adéquates et les impliquer dans la démarche en leur montrant qu'on a besoin d'eux.

L'implication des acteur-trice-s extrascolaires peut se faire notamment par le biais des conseils d'établissements. On peut également favoriser leur implication dans le cadre d'actions locales menées en partenariat avec les pouvoirs publics des communes.

³ La nouvelle Stratégie nationale addictions vise à réduire le clivage entre légal et illégal afin d'englober les substances de façon égale. Voir à ce sujet :

www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html

Jeunes très vulnérables

Une attention particulière doit être portée aux jeunes les plus vulnérables. Les foyers éducatifs en particulier ont, de par leur mission, une forte concentration de jeunes vulnérables et qui consomment parfois massivement des drogues. Ceux-ci sont parfois sanctionnés par des exclusions, ce qui ne résout rien. De plus, ces exclusions suscitent un sentiment d'impuissance au sein des équipes éducatives. Afin de les éviter, il est nécessaire de les soutenir, de rechercher avec elles des solutions pour gérer la consommation et de les orienter sur les ressources spécialisées.

Il est également nécessaire que les foyers éducatifs travaillent sur leur rôle en matière de prévention et de promotion d'un environnement favorable⁴. Pour ce faire, il faut leur mettre à disposition les ressources nécessaires afin de repenser leur rôle et leur mission. Un travail doit être entrepris sur le cadre, les règles et les sanctions pour mieux gérer les transgressions afin d'éviter la rupture de lien. Il s'agit, d'une part, de mettre en place des stratégies d'interventions individuelles et, d'autre part, d'élaborer des stratégies collectives de renforcement des compétences psychosociales des jeunes.

Il est relevé que certains foyers éducatifs disposent de ressources internes en matière de santé, ce qui leur permet de développer des actions préventives.

Les jeunes très vulnérables représentent un faible pourcentage au sein des foyers. Cependant, il est très difficile de les repérer avant qu'ils aillent vraiment mal. Compte tenu du fait que ces jeunes ont certainement déjà bénéficié de soutiens avant leur entrée au foyer, il devrait être possible d'obtenir plus d'informations les concernant de la part du réseau d'aide. Cela pourrait permettre de mieux coordonner leur prise en charge et d'éviter qu'ils passent entre les mailles du filet.

Les équipes éducatives font face à de nombreuses contraintes liées aux urgences (crises) vécues par les jeunes, ce qui leur prend passablement de temps et de disponibilité et ceci au détriment de la mise en place d'un concept préventif cohérent. Aussi, ne serait-il pas possible que les dispositifs mis en place dans les écoles servent d'exemple de bonnes pratiques à mettre en œuvre en foyer ?

SYNTHESE DU GROUPE DE REFLEXION

Bilan

- Nouveau paradigme : le repérage et l'intervention précoce, renforcement des compétences des professionnel-le-s à tous les niveaux et vision globale de la santé (prise en compte des facteurs de risque et de protection).
- Des actions existent à tous les niveaux, pas toujours coordonnées ni recensées de façon globale.
- Différents acteur-trice-s interviennent, entre spécialistes et non-spécialistes.
- Un travail reste à faire au niveau de l'implication des parents et d'autres acteur-trice-s de la communauté (rôle des non-spécialistes)

Perspectives

- Travailler sur la prise en compte de la vulnérabilité au sens large au-delà des thématiques spécifiques.
- Renforcer les synergies, ressources, coordination et communication (faire connaître ce qui existe).

⁴ Voir par ex. le programme romand Gouvernail, un outil de promotion de la santé pour les institutions éducatives : <http://gouvernail.ch>

- S'adapter aux institutions, prendre en compte les contraintes spécifiques pour mieux prendre en compte les besoins des professionnel·le·s.
- Renforcer le rôle de l'ensemble des acteur·trice·s de la communauté (jeunes, parents, foyers, consommateurs et consommatrices, associations, ...)
- Créer et/ou renforcer des espaces adéquats favorisant le partage et la collaboration de tous les acteur·trice·s (éviter les doublons, s'appuyer sur les autres)
- Monitoring à penser : il y a d'autres actions qui sont faites par d'autres, comment les recenser ?

BIBLIOGRAPHIE

Bantuelle & Demeulemeester, 2008 (voir p. 37)

Carrasco, Kurdi, & Savary, 2010 (voir p. 37)

5.2. Consommations récréatives : de la prévention structurelle à la réduction des risques

Les consommations récréatives d'alcool et/ou de stupéfiants exposent à différents risques. Des mesures de prévention structurelle (restrictions de vente) et comportementale sont mises en œuvre. Comment renforcer la complémentarité des interventions dans les contextes festifs ?

Animatrice : V. Dupertuis (REL'IER)

Intervenant-e-s : S. Caduff (Fondation vaudoise contre l'alcoolisme), V. Christinet (Checkpoint Vaud, Fondation PROFA), C. Gex (Fondation Le Levant)

BILAN DES ACTIONS

Mesures structurelles et comportementales

Parmi les actions entreprises par le canton en matière de prévention des consommations récréatives on distingue deux types de mesures : les mesures structurelles et les mesures comportementales.

Dans le domaine de la prévention, les mesures structurelles sont les mesures que la société se donne pour agir sur le cadre. Elles sont les suivantes :

- **La révision de la loi sur les auberges et les débits de boisson** qui inclut la question de la vente d'alcool au détail à emporter.
Remarque : Cette pratique fait l'objet d'une évaluation afin d'en mesurer les effets.
- **Les achats-tests alcool** pour vérifier si le cadre légal, qui limite l'accès aux 16 ans pour les distillés et à 18 ans pour les fermentés, est appliqué.
Remarque : Ces tests mettent en évidence que la loi n'est que partiellement respectée. Actuellement, il existe un groupe de travail qui réunit la police cantonale du commerce, le CIPRET Vaud et la FVA pour d'une part, associer la question de l'alcool et du tabac, et d'autre part déterminer quels moyens peuvent être mis en place pour améliorer la situation.
- **La charte Festiplus** qui définit un certain nombre de ressources, de normes et de bonnes pratiques pour les organisateurs d'événements à permis temporaire.
Remarque : Cette charte a été élaborée en collaboration entre organisateurs de manifestations et divers organismes de prévention.
- **La charte Label Nuit** qui recommande aux clubs de nuit de mettre en place des actions de prévention et de réduction des risques (RdR) réalisées par des professionnel-le-s.
Remarque : Cette charte est portée par Gastrolausanne (faîtière des professionnel-le-s du domaine de la nuit) et est soutenue par la ville de Lausanne. Elle a été élaborée par les entités nommées en collaboration avec les acteur-trice-s de la prévention.
Ces actions permettent aux professionnel-le-s de la santé d'entrer en contact avec des consommateur-trice-s qui sont généralement peu touché-e-s par la prévention et la RdR afin de leur diffuser des messages liés aux risques concernant la consommation mais également concernant les comportements sexuels et le harcèlement.

Les mesures comportementales s'adressent aux personnes concernées par une consommation problématique. Ces mesures permettent de transmettre des connaissances et des compétences aux consommateur-trice-s afin qu'ils ou elles gèrent leurs consommations à moindre risque.

Il existe quatre projets de mesures comportementales :

- **Be My Angel** qui met l'accent sur la question du risque routier et une manière de s'en prémunir par une organisation solidaire.
- **NightLife Vaud** qui regroupe différent-e-s professionnel-le-s du domaine de la santé sexuelle, de l'alcool et des drogues et qui fait une intervention transverse en milieu festif avec une dominante dans les soirées de type électro.
- **Health's Angel** qui se déploie dans le nord vaudois dans des manifestations de type girons, festivals, etc...
- **Raid Blue**, projet de la Croix-Bleue romande, qui intervient sur l'ensemble du territoire vaudois.

D'autres mesures comportementales sont déployées dans l'espace public. Ces mesures ont pour objectif d'aller à la rencontre des jeunes dans leurs lieux de rassemblement (Centres-villes, bord du lac, ...).

Ces actions nommées « La Teuf sans risque » sont proposées par l'Espaces prévention de La Côte. Elles se déroulent dans les villes de Nyon, Vevey, Villeneuve et Montreux. D'autres actions d'une grande diversité sont également développées par des acteur-trice-s locaux.

Modèles d'intervention

Le modèle choisi est la plupart du temps **la prévention par les pairs**⁵. Ces pairs bénéficient généralement d'une formation et d'un encadrement par des professionnel-le-s travaillant dans des centres de prévention (cantonaux, régionaux, communaux).

La prévention par les pairs consiste en des interventions de terrain qui permettent d'aller à la rencontre de personnes là où elles se réunissent et qui ont des consommations récréatives. Un des avantages de cette approche est le gain de temps dans la capacité à entrer en relation avec le public cible. Ce modèle d'intervention repose sur une collaboration entre les pairs, les professionnel-le-s de la santé et du social et les organisateur-trice-s de manifestations.

Il faut relever la pertinence et l'efficacité des approches basées sur la réduction des risques. Cette approche pragmatique et expérientielle permet souvent de réduire le niveau de consommation et de diminuer ainsi les dommages liés à cette consommation.

L'approche motivationnelle est un autre modèle également utilisé. Toutefois, ce modèle présente des limites en soirées festives. En effet, les jeunes sont là avant tout pour faire la fête. Dans ce contexte, il est nécessaire de rappeler que l'on est face à des personnes qui ne font pas des choix optimaux en fonction des normes de consommation et de santé. Toutefois, il est important de valoriser les efforts faits par les jeunes dans la gestion de leurs consommations, même si elle n'est pas optimale.

Nombre d'interventions et couverture géographique

En 2017, 306 interventions de prévention et de RdR ont été menées dans le canton. La couverture géographique de ces interventions est relativement bonne. La grande majorité de ces actions se déroulent sur l'arc lémanique car une partie importante des fêtes officielles y ont lieu. Les régions périphériques (Payerne, Chablais, ...) comptent moins d'actions car elles dépendent aussi des

⁵ Pairs : ensemble de personnes perçues comme semblable quant à leur fonction, leur situation sociale, leur appartenance ethnique, leur âge, leur éducation, leur culture, leur lieu de résidence, leur expérience, leur mode de vie, leur groupe d'appartenance (Shiner, 1999)

dynamiques locales. Il serait intéressant de réfléchir à comment développer des interventions par les pairs dans ces régions.

Checkpoint Vaud, secteur hors mur et travail de proximité

Des actions de prévention par les pairs sont menées auprès des HSH (hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes). Les actions sont principalement basées sur la diffusion de messages de prévention du VIH et des IST dont les risques de transmission augmentent en fonction de la consommation (rapports non protégés). Un programme de dépistage du VIH sur site a été également mis en place dans différents lieux. Ce programme permet aux personnes concernées de recevoir directement le résultat des tests sur place. Cette approche donne également l'accès aux informations et au réseau à des personnes qui ne viendraient pas au Checkpoint. Les interventions se déploient sur différents sites (saunas, sexclubs, milieu festif, lieux de rencontres extérieurs) avec différents settings d'action.

La collaboration avec les gérants de ces sites est précieuse car elle permet de réaliser des actions de prévention à l'intérieur des établissements .

L'association Vegas, qui regroupe des établissements LGBT en Suisse, a défini une charte contenant des points sur la prévention en matière de santé sexuelle, de prévention liée à l'alcool, etc., mais également de normes d'hygiène à respecter (mise à disposition des préservatifs ou autres matériels, autorisation ou non de la consommation).



La sensibilisation des personnes travaillant au bar est également un axe important des actions. Elle permet de les sensibiliser à la problématique de la consommation d'alcool des clients.

DISCUSSION

Thèmes abordés

Les participant-e-s ont souligné l'importance des collaborations entre les gérant-e-s d'établissements, les professionnel-le-s des addictions ainsi que des professionnel-le-s d'autres domaines pour mener des actions de prévention et de réduction des risques auprès des personnes consommant de manière récréative.

Pour un participant, il serait nécessaire d'intégrer dans ces collaborations d'autres partenaires comme des enseignant·e·s, la police, des doyen·ne·s d'école, des parents, des associations de parents d'élèves et des commissions d'établissement afin de définir une approche globale de prévention.

Un autre participant a relevé que pour développer des collaborations, il faut du temps. Non seulement pour mettre en place cette collaboration, mais également pour la maintenir dans le temps, même après la mise en place du projet. Il rappelle que ces collaborations sont indispensables pour mener à bien des projets de prévention. En effet, les gérant·e·s d'établissements jouent un rôle déterminant dans le développement d'actions de prévention.

L'approche préventive globale doit dépasser les obstacles et les fausses croyances, les aprioris des institutions et des professionnel·le·s. Elle doit permettre d'aborder la diversité et la complexité des poly-consommations en intégrant toutes les substances, y compris le tabac.

Les spécialistes en santé sexuelle mènent des réflexions autour du « chemsex »⁶. Aujourd'hui, on ne peut plus parler uniquement de la santé sexuelle sans que la question de la consommation de substances soit intégrée à la réflexion.

Les participant·e·s ont souligné l'importance de la formation comme élément clé pour contribuer au développement de bonnes collaborations.

La question du drug checking a été discutée en tant que mesure qui pourrait compléter le dispositif. Selon l'expérience genevoise, l'analyse de substances permet non seulement d'avoir des données précises sur le contenu des substances, mais également de diffuser des messages de réduction des risques directement auprès des consommateur·trice·s qui prennent le plus de risques.

Le drug checking donne également des informations utiles à la surveillance du marché et permet d'alimenter le système d'alerte précoce concernant les substances. Les analyses de substances qui sont faites à Berne et à Zurich permettent de donner aux consommateur·trice·s un accès direct à une consultation sans qu'ils ou elles doivent se rendre dans une consultation spécialisée. En termes de plus-value, le drug checking représente beaucoup plus qu'une simple information sur les substances.

Pour les participant·e·s, il s'agit également de mettre en place des moyens de réduction des risques pour atteindre les consommateur·trice·s au-delà des clubs. Il serait nécessaire d'être présents lors des soirées privées, notamment des soirées avec du « chemsex » et d'être présents dans les raves parties où l'accès n'est pas garanti.

L'approche comportementale en réduction des risques devrait également être développée. Par exemple, cela pourrait être une aide lorsqu'une personne décompense sous LSD. Il est nécessaire d'aller au-delà de la distribution d'eau, même si cette mesure est très importante. Il faut réfléchir afin d'élargir de concept de réduction des risques.

Un participant relève que le terme de « consommation récréative » est trompeur et peu amener à banaliser les consommations.

Pour une intervenante en milieu festif, on ne va jamais mettre une étiquette sur les consommateur·trice·s rencontré·e·s ni sur leurs consommations. Ce n'est pas aux professionnel·le·s de qualifier un·e consommateur·trice, ni de banaliser sa consommation.

⁶ Le chemsex est une pratique mêlant l'activité sexuelle et la prise de drogues, à deux ou souvent en groupe plus large.

Un représentant politique s'interroge sur comment les communes peuvent développer des projets de prévention et quels sont les outils pour accompagner les collectivités publiques dans ces réflexions.

L'apport de la recherche pour le terrain est très important, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) est en train de réaliser une étude sur le milieu festif. Il s'agit d'une étude qualitative qui se met en place en collaboration avec la FVA et qui permettra de répondre aux questions suivantes : quels sont les profils de consommation ; qu'est-ce que les personnes connaissent comme services et aussi en termes d'intervention ? Qu'est-ce qu'elles sont prêtes à faire et où est-ce que l'on doit intervenir de manière prioritaire ? Comment les gens consomment ? Qu'est-ce qu'ils partagent avec leurs pairs ? Qu'est-ce qu'ils font quand une consommation tourne mal ? S'adressent-ils au système de soins ?

Ces savoirs permettront d'aider les partenaires sur le terrain, de leur donner des outils pour ajuster leurs interventions. Bien connaître le terrain est un élément essentiel pour enrichir la réflexion sur la réduction des risques.

Concernant la réduction des risques en prison, des actions pourraient être développées autour des consommations (sur le modèle du 1er décembre et du VIH). Un participant souligne qu'il y a une nouvelle ordonnance de la loi sur les épidémies qui est déjà valide depuis 2 ans et qui oblige les cantons à développer des mesures de réduction des risques en prison.

Pour un intervenant social, de nombreux patients passent par la prison. La collaboration avec le milieu carcéral est souvent compliquée. Il faudrait fluidifier cette collaboration en créant des ponts avec le milieu carcéral. Actuellement, les domaines sont cloisonnés.

PERSPECTIVES DU GROUPE DE REFLEXION

- Réduction des risques et prévention en milieu festif :
 - Atteindre les publics qui échappent à nos actions (soirées non autorisées ; espace privé / soirées privées, chemsex).
 - Intégrer dans le réseau réduction des risques des actrices et acteurs non spécialistes des addictions (gérant.e.s, conseils d'établissements scolaires, police, médecins) ; prendre le temps pour créer des liens.
 - Élargir le concept de réduction des risques (approche pragmatique; matériel selon les besoins ; mieux connaître les pratiques ; s'inspirer d'expériences positives ; travailler avec les personnes concernées).
- Drugchecking : approche pragmatique ; accès aux personnes qui échappent aux actions (contact direct avec les personnes) ; surveillance du marché ; libéralisation des drogues ?
- Renforcer les liens, en particulier avec le domaine de la santé sexuelle et celui du tabac. Privilégier l'approche globale. Développer des formations multithématiques.
- Exploiter d'autres outils de communication pour atteindre les différents publics (réseaux sociaux ; applications de rencontres).
- Renforcer les collaborations avec les communes dans l'idée d'améliorer la couverture des actions.
- Renforcer les liens entre la recherche (IUMSP) et le terrain.
- Développer des liens avec le milieu carcéral (prise en charge des consommations ; réduction des risques).

BIBLIOGRAPHIE

Morel, Chappard, & Couteron, 2012 (voir p. 38)

Wollschläger & Schori, 2017 (voir p. 38)

Infodrog, 2017 (voir p. 38)

Lociciro & Bize, 2015 (voir p. 38)

RESPADD (Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions) 2016 (voir p. 38)

Astudillo, Ebnetter, & Kuendig, 2015 (voir p. 37)

Carrasco, Lucia, Gervasoni, & Dubois-Arber, 2014 (voir p. 37)

Grazioli, 2016 (voir p. 37)

Laventure, Boisvert, & Besnard, 2010 (voir p. 38)

Azorin & Le Grand, 2012 (voir p. 37)

Verdecchia, 2005 (voir p. 38)

5.3. Gestion de la problématique alcool dans la communauté

Des structures non spécialisées en addictologie (ex : EMS, CMS) sont confrontées à des personnes qui ont une consommation problématique d'alcool ou d'autres psychotropes. Quels sont les besoins de ces professionnel-le-s pour gérer ces situations ? Quel appui faut-il envisager pour les structures non spécialisées ?

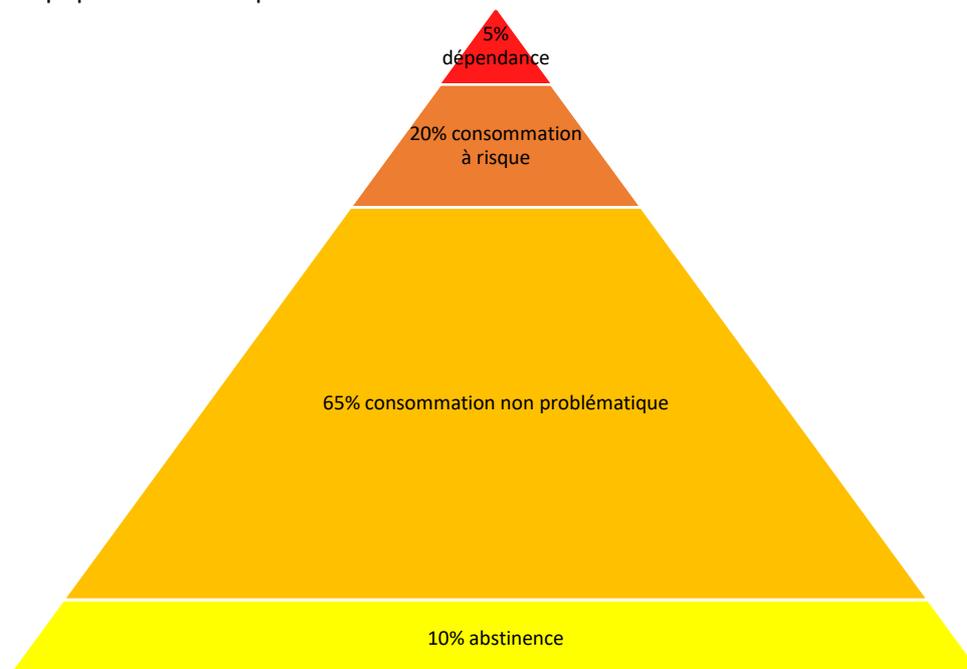
Animatrice : M. Cornut (Groupement romand d'études des addictions)

Intervenant-e-s : C. Gay (EMS Le Marronnier), J. Livet (Croix-Bleue romande), R. Stachel (Fondation vaudoise contre l'alcoolisme)

CADRE DE L'ACTION

La question de la consommation d'alcool est importante dans la communauté. En reprenant les données suisses du monitoring des addictions :

- 10% de la population suisse est abstinente,
- 65% de la population a une consommation pas ou peu problématique,
- 20% de la population a une consommation à risque,
- 5% de la population est dépendante.



En extrapolant ces chiffres à la population vaudoise, on obtient 158'877 personnes avec une consommation à risque et 39'719 avec une consommation dépendante dans le canton.

Parmi ces personnes dépendantes avec une consommation à risque, les études prospectives démontrent que seulement environ 10% d'entre elles consultent.

Les services sociaux, les foyers ou encore les EMS qui offrent un soutien ambulatoire, hospitalier ou résidentiel, se trouvent confrontés à des personnes en difficulté ne sachant pas ou ne voulant pas entreprendre de démarches pour être suivies et se soigner.

BILAN DES ACTIONS

Si le repérage précoce des personnes en situation de consommation à risque ou de dépendance est en principe relativement aisé dans les différentes structures du réseau médico-social non spécialisées dans les questions d'addiction, il en va tout autrement pour la motivation à entamer une démarche de suivi ou de traitement.

Les professionnel-le-s du monde social ou les soignant-e-s ne savent pas quoi entreprendre pour aider ou soutenir ces personnes. En outre, dans les structures hospitalières ou résidentielles, la question du cadre se pose. Celui-ci n'est pas ou peu adapté à des personnes dont la consommation est excessive par rapport aux règles institutionnelles.

Pour trouver des solutions à cet état de fait, la coordination entre les services spécialisés et les différentes structures du réseau médico-social est en cours de développement. Celle-ci se décline en termes d'indication, de consultation et d'intervision.

Bien qu'encore partielle et se heurtant à des difficultés notamment financières, cette coordination porte ses fruits dans les situations où elle est mise en place de façon optimale.

QUESTIONNEMENTS

1. L'offre actuelle correspond-elle aux besoins observés ?
2. Que manque-t-il ?
3. Quel appui faut-il envisager pour les structures non spécialisées ?
4. Quelles priorités ?

DISCUSSION

La discussion porte dans un premier temps essentiellement sur deux aspects : les difficultés rencontrées par les structures non spécialisées dans les questions d'addiction et les différentes expériences de coordination.

Dans les EMS, les problèmes sont multiples pour accueillir des personnes avec une consommation d'alcool. Si elles ne peuvent souvent plus vivre à domicile, cela pose des difficultés financières, car le placement est peu valorisé financièrement ; des difficultés d'équipe, car les soignant-e-s sont mal préparé-e-s à ce genre de problématique et des difficultés institutionnelles, notamment en ce qui concerne la transgression des règles et sa sanction.

Différentes expériences de coordination sont évoquées par les participant-e-s. Les buts poursuivis peuvent être formulés en termes d'indication, de consultation et de suivi, voire de case management, et d'intervision avec les équipes. En ce qui concerne la consultation, l'intérêt et l'efficacité de l'approche motivationnelle sont soulignés, ainsi qu'une intervention spécialisée en amont, par exemple en cas d'hospitalisation.

Partant du constat que certaines personnes hospitalisées au CHUV attendaient parfois longtemps une place dans un EMS du fait de leur problématique de consommation d'alcool, un travail de réflexion entre plusieurs partenaires a été mené. Il a abouti à la mise en place de la procédure suivante : une évaluation par l'équipe d'alcoologie est faite quant à la consommation des personnes concernées et à leur besoin de structure. Si une structure de type EMS est indiquée, parfois après un séjour dans une structure spécialisée dans les questions d'addiction, un suivi spécialisé en alcoologie est mis en place. Ce suivi peut se faire soit dans un service spécialisé, soit directement dans la structure résidentielle. Dans ce cas, cela permet d'intervenir auprès de la personne et auprès des équipes.

Cependant, cette offre n'est pas systématique, elle n'est d'ailleurs pas encore très connue. De plus, elle se heurte à des difficultés de place en EMS pour ces personnes liées notamment au financement, qui est peu valorisé pour l'EMS dans ce genre de situation, à la différence de cadre ou d'appréciation des situations et au manque de langage commun entre les professionnel-le-s.

Les EMS et les CSR font part de leurs bonnes expériences avec des services spécialisés en alcoologie en ce qui concerne notamment les interventions, qui permettent non seulement aux équipes de mieux gérer ces situations, mais également de mettre en place des consultations pour les personnes concernées.

Dans les faits, ces interventions spécifiques sont encore peu connues et donc peu nombreuses, mais leur bénéfice semble évident pour les différents partenaires qui y recourent.

Les transitions entre les différent-e-s intervenant-e-s ambulatoires - hospitaliers - résidentiels peuvent également être délicates. Les participant-e-s mentionnent aussi que le fractionnement de l'intervention entre différents partenaires peut rendre difficiles ces transitions. Certains services effectuent une sorte de case management, en assurant une coordination de l'intervention et un accompagnement dans le réseau des personnes concernées.

Dans un deuxième temps, la discussion porte davantage sur l'avenir et les modèles d'intervention à promouvoir et à développer.

L'évolution des finances et des problématiques d'addiction demande une adaptation et un renforcement de cette coordination, dans un contexte de complexité de la structuration de l'offre. Si le rôle de l'Etat, en tant que financeur et coordinateur, est recherché par certain-e-s participant-e-s, d'autres ont des interrogations. Pour eux-elles, les différents partenaires devraient également être en mesure d'anticiper davantage les besoins et de faire des propositions.

En regard de la transversalité des questions d'addiction, une réponse en termes d'interdisciplinarité est nécessaire. Celle-ci doit également intégrer les bénéficiaires, dans un esprit d'accessibilité et de non-jugement.

Une prise en charge dès l'hospitalisation par des professionnel-le-s spécialisé-e-s semble être importante à développer. En effet, vu les difficultés de transition évoquées ci-dessus, il est nécessaire d'assurer davantage ce passage entre l'ambulatoire, l'hospitalier et le résidentiel, ainsi qu'entre les différents partenaires.

En ce qui concerne les interventions, les participant-e-s estiment que ces interventions sont à développer. Il s'agit d'en assurer la promotion et de les faire connaître, car de nombreuses personnes ignoraient l'existence de ces offres des services spécialisés. Des moyens sont donc nécessaires pour cela. Mais, il s'agit aussi d'assurer le financement proprement dit de ces interventions. Ces interventions pourraient être difficiles à assurer si les services spécialisés en question devaient les multiplier. Enfin, ces interventions doivent être coordonnées entre les différents services spécialisés, voire les mener de façon inter-institutionnelle.

La question de la coordination pose cependant parfois problème. L'offre est foisonnante et très variée, ce qui implique un manque de connaissance et de coordination entre les acteurs et actrices. Certains projets, par exemple de transition entre l'ambulatoire et l'hospitalier ont cependant des difficultés de financement, car la reconnaissance de ce rôle financièrement parlant n'est pas toujours présente.

Le rôle des usager·ère·s en tant qu'expert·e·s dans cette démarche est important et doit être développé. Les professionnel·le·s du domaine des addictions en sont de plus en plus conscient·e·s. Cela implique également que le choix des personnes soit respecté autant que possible, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et/ou de drogues.

SYNTHESE DU GROUPE DE REFLEXION

Bilan

- 20% (158'000 pers.) en situation de consommation à risque.
- 5% (39'000 pers.) en situation de dépendance.
- Seuls 10 à 20% de ces personnes adressent une demande directement au réseau spécialisé. Comment faire pour toucher les autres ?
- De nombreux professionnel·le·s sont concerné·e·s dans les structures non spécialisées en addiction : CSR, CMS, EMS, EVAM, ORP, hôpitaux, etc.
- Problème de suivi dans les parcours, morcellement entre les structures spécialisées et non spécialisées.
- Manque de langage commun.

Perspectives

- Financer une meilleure communication et une meilleure promotion des prestations existantes.
- Déployer le concept d'intervision et les prestations existantes (FVA, CBR, CHUV).
- Mais avec une coordination qui permettrait d'éviter la concurrence en clarifiant les rôles de chacun et les financements.
 - Rôle plus proactif de l'Etat pour sortir de la concurrence et avoir une meilleure efficacité.
 - Les interventions pourraient être animées de façon interinstitutionnelle.
 - Intégrer l'expertise des bénéficiaires dans le développement des projets (accompagnement centré sur la personne vs injonction, sanctions...).

BIBLIOGRAPHIE

Renaud Stachel, 2017 (voir p. 38)

Decaillet, Lerivray, Chinet, & Cengelli Hänni, 2017 (voir p. 37)

5.4. Hébergement : évolution de l'offre – entre collectif et individuel

Ces dernières années, le secteur résidentiel s'est adapté à l'évolution des besoins des personnes souffrant d'addictions. Les offres se sont diversifiées. Quelles articulations avec les prestations ambulatoires et hospitalières faut-il prévoir pour faciliter les transitions ?

Animatrice : S. Arnaud (REL'IER)

Intervenant-e-s : B. Boudier (Fondation Bartimée), G. Kardous (Unité de traitement des addictions, CHUV), S. Müller (Relais 10, Fondation Le Relais)

BILAN DE L'OFFRE ACTUELLE

Évolution de l'offre

L'évolution de l'offre en matière d'hébergement est présentée sur la base des offres financées par le SPAS. A l'heure actuelle, il y a 7 établissements socio-éducatifs spécialisés dans le domaine de l'addiction (ouverts entre 1966 et 1994). Les premiers appartements de transition ouvrent en 2006 (10 places). Globalement, on observe une diminution du nombre de places, avec un déplacement vers les places en appartement. Ces dernières n'ont cessé d'augmenter depuis (49 en 2018), alors que parallèlement, le nombre de places en résidentiel a diminué de 83 places entre 2006 et 2018 (passant de 298 à 215). Par ailleurs, compte tenu de l'évolution des besoins de la population cible, les prestations des résidentiels ont constamment évolué depuis 10 ans.

En Suisse, la durée des séjours a diminué (passant de 9 à 7 mois en moyenne), avec une augmentation du nombre des courts séjours (moins de 3 mois), passant de 34 à 45%. Le taux d'occupation moyen a passé de 85 à 88% en 10 ans. Il faut encore relever la mise en œuvre d'un projet de Housing First, avec 5 places en 2018 et 15 places prévues en 2019, dans la région lausannoise.

Les apports du résidentiel

Le résidentiel a pour objectif de favoriser et préserver le continuum de l'accompagnement de la personne. Pour ce faire, il faut travailler en réseau, ce qui prend du temps, mais permet d'éviter des ruptures. Le résidentiel reste compétent pour favoriser le tandem avec l'ambulatoire et/ou le bas seuil, lieux où les personnes peuvent préparer un séjour résidentiel. Le résidentiel permet aussi des expériences de vie en communauté, bien que contraignantes, qui vont permettre à la personne de développer ses compétences sociales, d'éclairer ses ressources et ses difficultés. Il représente encore une opportunité de stabilisation de l'addiction, quels que soient les objectifs (abstinence ou pas). Il permet aussi le repérage des problématiques biopsychosociales associées. Finalement, c'est un espace et un temps donnés pour restaurer des compétences sociales, d'appartenance et les liens affectifs.

Au cours des 10 dernières années, les résidentiels ont adapté leurs prestations aux besoins de la population, notamment en proposant des seuils d'accès diversifiés.

Les apports du logement accompagné

D'une part, il est difficile pour les personnes concernées d'accéder à un bail privé en raison d'un marché du logement saturé, de manque de garantie, de petits (ou d'absence) revenus, d'endettement, et finalement de stigmatisation ; d'autre part, il n'est pas toujours aisé pour ces personnes de garder un logement ou de rester à domicile, souvent pour des raisons de

comportement, de relations avec le voisinage, d'insalubrité, mais encore de sentiment de solitude et d'isolement. Dès lors, pour favoriser un maintien à domicile, il est important de mettre en place un suivi socio-éducatif et des aides à domicile, de renforcer les compétences sociales de la personne, de sécuriser le paiement du loyer et de garder des possibilités de mise à l'abri au besoin (hôpital ou résidentiel).

Un logement individuel peut aussi être une solution pour les personnes qui ne trouvent plus leur place en résidentiel. Être dans son logement permet une stabilisation de l'état de santé, apporte une sécurité et encourage à l'autonomie.

QUESTIONNEMENTS

1. Quels sont les besoins en matière d'hébergement et d'accompagnement au logement ?
2. Quels sont les besoins en matière de transition ambulatoire – résidentiel et de transition interinstitutionnelle ?
3. Quels sont les besoins en matière de collaboration en réseau résidentiel et ambulatoire ?

DISCUSSION

Besoin en matière d'hébergement

Le canton de Vaud a une offre résidentielle extrêmement développée en comparaison de cantons très urbains comme Zurich ou Genève. Actuellement, le nombre de places est ajusté.

Cependant, il semble nécessaire d'être clair sur la définition du mot résidentiel et des attentes qu'on lui porte, entre autres pour éviter de parler d'échec. Est-ce que ce sont des lieux uniquement thérapeutiques ? Est-ce qu'ils doivent abaisser leurs seuils pour accueillir les urgences ? Est-ce qu'ils doivent modifier leurs prestations pour accueillir les populations qui n'ont pas tout à fait le profil pour entrer dans un résidentiel ?

Pour certains, le résidentiel doit rester un lieu thérapeutique, avec un seuil plus ou moins élevé. Dans ce sens-là, le nombre de place actuel est adéquat. En revanche, il s'agit de développer des offres spécifiques et complémentaires (lieux d'urgence, appartements de transition et logements de type Housing First). Les résidentiels ne sont pas des lieux d'urgence, bien que dans le dispositif actuel d'indication la notion d'urgence soit prise en compte.

D'autres personnes souhaitent que le résidentiel fasse « abstinence des objectifs », afin d'éviter de placer le seuil d'entrée trop haut.

Toutefois, il paraît entendu que le logement est un des premiers besoins (avant les objectifs thérapeutiques) et qu'une fois que la personne a un logement, on peut commencer à construire avec elle. Il est dès lors nécessaire de développer une offre de logements à bas seuil d'accès, à l'intermédiaire entre le résidentiel et les lieux d'hébergement d'urgence. Certains identifient ce type de logement comme un risque, mais qu'il faut oser le prendre. Actuellement, les problématiques (comme la consommation) sont reportées sur l'hébergement d'urgence et les hôtels. Cependant, ces lieux ne sont pas armés pour y faire face et ressentent une grande impuissance.

Un logement à bas seuil d'accès permet aux personnes de se réapproprier un espace personnel. Un logement de type Housing First (sans exigence d'abstinence) permet aux personnes, qui n'ont pas le projet d'entrer dans une thérapie socio-éducatrice en résidentiel, de bénéficier d'un logement.

Un autre questionnement est celui du maintien du logement : comment fait-on pour éviter la perte d'un logement individuel quand il existe ? Comme dit dans l'introduction, il s'agit de mettre en place

un suivi adéquat. Il est donc nécessaire de développer des offres de suivi intensif dans le milieu et surtout de promouvoir les structures existantes qui font de l'accompagnement au logement. Ces accompagnements permettent de prévenir les comportements inadéquats, de travailler sur la consommation de substances, etc., avant que les situations ne deviennent problématiques.

Finalement s'est posée la question de l'offre de prestations pour les femmes. On relève que peu de femmes font une demande de prise en charge en résidentiel et/ou fréquentent les structures ambulatoires. Si des hypothèses ont été formulées pour en expliquer les raisons, la question reste ouverte.

Transition

Le mot clé en matière de transition est le continuum. Et ce continuum est directement lié à la collaboration entre les professionnel·le·s et les structures existantes.

Le résidentiel ne représente qu'une étape dans le parcours d'une personne, bien qu'un moment fort, mais il y a un avant et un après. Et il apparaît très clairement qu'il faut faciliter le passage entre les différentes séquences de la vie d'une personne. Dans cette optique, une des solutions serait de développer le case management.

Néanmoins, il existe déjà des structures dont une des missions est d'accompagner les personnes au moment d'une sortie de résidentiel, mais elles semblent peu sollicitées, peut-être par manque de visibilité.

Il est également relevé que le système actuel est trop cloisonné et pas suffisamment souple. Il devrait permettre aux personnes concernées d'évoluer par paliers, en proposant notamment des offres intermédiaires entre les offres à bas seuil et à haut seuil d'exigences. L'objectif serait que les personnes puissent naviguer d'un palier à l'autre et dans les deux sens en fonction de leur évolution. Cette impossibilité est une porte ouverte à l'échec et à un retour dans la rue. Ces personnes risquent de perdre confiance vis-à-vis des institutions.

Lorsqu'une personne passe d'un résidentiel à un appartement individuel, le risque d'isolement et de perte de socialisation est grand. Des lieux d'accueil de jour, tels que ceux existants à Vevey et Yverdon, devraient être développés, pour éviter que les personnes ne doivent aller au bistrot pour ne pas être seules.

Collaboration dans le réseau

En matière de collaboration, la question du continuum est également centrale. Le travail de collaboration en réseau addiction devrait permettre le décroisement institutionnel afin d'assurer un suivi cohérent de la personne concernée.

Pour les participant·e·s, c'est clairement une meilleure coordination entre les professionnel·le·s qui permettra de mieux répondre aux besoins des personnes concernées afin d'éviter de les décourager et de les perdre de vue.

Actuellement, lorsque les besoins sont clairement identifiés, le travail en réseau est réalisable. En revanche, les situations plus compliquées mettent à mal ce travail de réseau et font ressortir des différences de concept entre les professionnel·le·s. Il y a donc encore tout un travail à faire en matière d'explicitation et de compréhension de ce que chacun fait dans son champ d'activité, ainsi que de visibilité des offres existantes, notamment pour les non spécialistes du domaine des addictions.

Une piste évoquée serait d'analyser la façon dont fonctionne le réseau addiction actuellement, plutôt que de vouloir l'enrichir. On peut multiplier les structures, mais sans coordination, cela ne sert à rien. Par ailleurs, une cartographie du réseau existant pourrait être intéressante en allant au-delà des structures financées par le SPAS. Cette cartographie pourrait aider autant les professionnel-le-s que les bénéficiaires.

Afin de favoriser un changement de vision sur la problématique du logement pour des personnes consommatrices de substances, un travail de formation et d'information devrait être proposé aux personnels non spécialisés (par ex. aides au ménages).

Une question reste ouverte : Quel type de collaboration en réseau faut-il mettre en œuvre lorsqu'une personne sort des mailles du filet malgré tout ce qui a été mis en place ?

Besoins des personnes concernées et attitude des professionnel-le-s

On relève parfois un décalage entre les besoins des bénéficiaires (quand ils ou elles peuvent les exprimer) et la vision de ces besoins qu'en ont les professionnel-le-s. Pour éviter ce décalage, les professionnel-le-s doivent modifier leur posture professionnelle en sortant de leur toute puissance et en remettant au centre de leurs actions le bénéficiaire et ses réels besoins.

En conclusion et la question reste ouverte : sommes-nous prêt-e-s, en notre qualité de professionnel-le-s, à respecter les choix de vie et les rythmes des bénéficiaires avec lesquels nous travaillons ?

SYNTHESE DU GROUPE DE REFLEXION

Bilan

- Offre existante et diversifiée :
 - o Mais insuffisamment visible.
 - o Ne répond pas aux besoins d'une partie de la population.
 - o Cloisonnement des approches.
- Accompagner les personnes individuellement selon leur rythme et style de vie.

Perspectives

- Développer une offre diversifiée de logements accompagnés.
- Développer un accueil de logement à bas-seuil.
- Renforcer et consolider les prestations existantes dans les ESE (y compris les seuils).
- Améliorer l'articulation entre les différents partenaires du réseau, y compris les pairs praticiens.
- Développer l'accompagnement de type case management.
- Besoin de l'appui des politiques.
- Formation et information des professionnel-le-s non spécialisé-e-s en addiction.

BIBLIOGRAPHIE

Da Cunha, 2010 (voir p. 37)

Fazan, 2012 (voir p. 37)

GREAA - Groupement Romand d'Etudes des Addictions, 2012 (voir p. 37)

5.5. Quelle insertion sociale et professionnelle pour les personnes en situation de précarité ?

Mesures d'insertion sociale « bas seuil », ateliers, réentraînement au travail, formations : quelle transition proposer au terme des mesures ?

Animateur : T. Terrettaz (REL'IER)

Intervenant-e-s : Y. Desarzens (Fondation Mère Sofia), R. Knüsel (UNIL), P. Vuillemin (Entreprises d'insertion, Fondation Le Relais)

BILAN DES ACTIONS

Les objectifs des mesures d'insertion sociale (MIS) visent à agir sur les principaux freins à l'insertion : les problèmes de santé, l'endettement, le logement et la garde des enfants. Les MIS contribuent à insérer les bénéficiaires du RI par l'emploi ou la formation. Pour ce faire, différentes mesures et programmes spécifiques ont été mis en place par le Service de Prévoyance et d'Aide Sociale (SPAS) pour toucher des publics différents : jeunes, adultes, familles, personnes ayant des problématiques de santé et des personnes fortement précarisées.

L'insertion sociale et professionnelle pour les personnes souffrant de problèmes de consommation se réalise également au sein des établissements socio-éducatifs (ESE), que ce soit en interne, intégré au séjour résidentiel, ou en externe comme mesure spécifique. Il existe une offre d'activités de jour adaptées aux besoins et aux capacités individuelles des personnes. Les centres de jour offrent des activités de développement personnel. Les ateliers à vocation socialisante mettent en exergue une activité de production avec une contrainte et un rendement moindre. Les ateliers à vocation productive ont un degré de contrainte et une exigence de rendement plus élevés. Enfin, l'accompagnement en entreprise permet l'insertion sur le premier marché du travail. Concrètement, une légère augmentation de places en ateliers est à noter de 2006 (139 places) à 2018 (179 places).

Les effets des MIS « bas seuil »

Les mesures d'insertion sociale « bas seuil » ont des effets sur 4 dimensions habituellement considérées :

1. Dans **la dimension personnelle**, des éléments ressortent sur les effets de la gestion de la vie quotidienne, de gains en termes de santé et d'un renforcement identitaire. La personne retrouve un rythme et se retrouve dans des activités communes. Elle a une meilleure gestion de la vie administrative. Les gains en termes de santé physique se manifestent par la reprise de l'activité et un rapport au corps qui s'apaise. Le produit peut être mis à distance et mieux géré. Les personnes se sentent mieux psychiquement. Le regard sur soi évolue. Les personnes se sentent reconnues et elles se reconnaissent. Elles ont un positionnement plus confiant et dans une logique dynamique d'évolution.
2. **La dimension sociale** met en avant le sentiment de sécurité plus important, les compétences sociales renouvelées et le réseau social redimensionné. Les personnes se redécouvrent utiles et dans une capacité d'être reconnue dans un partenariat avec les autres. Elles font des activités avec les autres à nouveau.
3. **La dimension sociétair**e (le rapport de soi à la société globale) montre que les personnes ont un sentiment d'utilité sociale qui est renforcé. Elles sont capables de s'inscrire dans le collectif et de reprendre leur place.

4. Bien qu'il ne s'agisse pas de l'objectif premier, les personnes développent des aspects positifs sur **la dimension professionnelle**. Il y a des acquisitions de compétences qui ne sont pas uniquement professionnelles, mais qui conduisent à la voie menant à l'emploi. Les personnes sont mises en situation, elles voient ce qui est attendu d'elles et peuvent s'orienter sur le marché.

Jobs à seuil adapté, l'exemple de Macadam

Il est possible de favoriser l'insertion sociale des personnes marginalisées ou en très grande précarité en utilisant leurs compétences. Il s'agit d'une insertion sociale par l'activité professionnelle sans la présence de maîtres socioprofessionnels dans la structure. Les jobs à seuil adapté sont composés de 3 seuils :

1. **Le premier seuil** se caractérise par une permanence sur une place connue des personnes. Des petits travaux sont proposés. Les personnes s'inscrivent et partent avec l'équipe effectuer les travaux. L'idée est de favoriser l'envie de se remettre au travail. La structure est ouverte à tout le monde et pas seulement aux personnes en phase active de consommation.
2. **Le deuxième seuil** se compose d'un contrat de 6 mois renouvelable. Chaque semaine un petit travail adapté à l'état de santé, à l'envie et si possible aux besoins des personnes est proposé. Le travail est encadré par des collaborateurs et collaboratrices sociales. Les personnes ne sont pas sanctionnées en cas d'absence ou si elles ne sont pas en état de travailler. Elles pourront venir travailler la fois suivante.
3. **Le troisième seuil** vise une plus grande autonomie. Le nombre d'heures de travail est augmenté et des travaux plus récurrents sont recherchés.

Les personnes peuvent passer d'un seuil à l'autre sans difficulté ce qui traduit une souplesse du fonctionnement de ce projet. Chaque heure travaillée est rémunérée. Les personnes sont donc employées et non plus seulement bénéficiaires d'une structure.

Remarque : Les personnes doivent avoir le droit de travailler en Suisse pour entrer dans le programme Macadam.

Mesures plus soutenues, de la formation à l'insertion sur le marché du travail

Au sein des mesures plus soutenues, il est possible de garder une certaine souplesse quant à la gestion des consommations. L'activité permet bien souvent une diminution voire une stabilisation de la consommation. Elle permet également de renouer des liens avec des collègues, des client·e·s et donc de reconstruire un tissu social. Enfin, la personne réapprend à se conformer aux règles et à définir des repères par rapport aux autres et à la société.

Proposer des formations permet de se projeter dans un palier qui valide les ressources intrinsèques et les compétences métiers. Les entreprises sociales proposent l'accès à des niveaux de formation attendus sur le marché de l'emploi. Un enjeu se situe sur l'évaluation des aptitudes des personnes à l'entrée en formation. Le niveau de formation doit correspondre aux capacités de la personne.

Certaines entreprises sociales mettent en place des formations non qualifiantes difficilement reconnues par le premier marché du travail, ce qui constitue un handicap dans le processus d'insertion professionnelle.

Les entreprises sociales offrent des pistes d'insertion vers l'emploi sur le premier marché par des stages en entreprises. Le travail d'accompagnement consiste au soutien à l'élaboration du dossier et du processus de recherches de stages. Les entreprises sociales favorisent une expérience sans la

pression du premier marché tout en restant en soutien auprès des entreprises. Elles permettent de faire un effet tampon en évitant le jeu de la sous-enchère et de l'exploitation de personnel non qualifié. Les freins et les enjeux sont identifiés par le marché qui peut être fermé à ce type d'insertion. Il paraît essentiel d'éviter l'échec de la personne dû aux pressions du contexte de l'emploi. Il existe un paradoxe du gain où la personne se retrouve soumise à des conditions salariales qui la font dé plafonner des aides sociales et elle perd des aides.

QUESTIONNEMENTS

- Quelles sont les perspectives de réinsertion pour les personnes marginalisées en phase de consommation active?
- Comment viser la réinsertion de personnes en situation de précarité dans le cadre de mesures d'insertion limitées dans le temps?
- Comment accompagner les personnes en situation de précarité dans la transition d'une mesure à basse exigence vers une mesure à haute exigence ?

DISCUSSION

Insérer les personnes fortement dépendantes : entre objectif et réalité.

Les professionnel-le-s concerné-e-s directement par l'insertion professionnelle remarquent que l'insertion des personnes fortement dépendantes et/ou précarisées est extrêmement difficile, voire impossible. Dès lors, on proposera à ces personnes des activités de type occupationnel, bien que l'objectif soit de les réintégrer dans le marché du travail. En conséquence, ces personnes restent dans ce système des dizaines d'années.

Les spécialistes des addictions et de la grande précarité remarquent que pour certaines personnes, il serait préférable de viser une insertion sociale dans un premier temps. Les personnes concernées ont besoin de temps et n'ont pas des parcours linéaires. L'accès à une mesure d'insertion sociale offre une étape qui permet aux personnes de se reconstruire, de regagner confiance pour ensuite éventuellement accéder à une insertion professionnelle ou continuer son chemin.

Ce constat met en lumière un certain malentendu entre un but relativement idéalisé et ultime de la réinsertion professionnelle et le possible de la personne. Cela génère de fortes pressions et des paradoxes. Néanmoins, la reconnaissance du travail effectué, notamment par le travail à seuil adapté permet de les amenuiser.

Penser l'insertion autrement

Actuellement, on constate qu'il n'y a pas de travail économiquement viable pour tout le monde et les perspectives s'annoncent moroses. En conséquence, il serait nécessaire de réinventer un modèle de société où le travail n'est pas le seul moyen d'être inséré.

Aussi, il est indispensable de repenser l'insertion professionnelle pour les personnes qui n'arriveront plus à se réinsérer dans le monde du travail en développant de nouveaux modèles d'insertion sociale qui valorisent l'acquisition de compétences sociales au sein de notre société. S'il n'est pas possible de réinsérer professionnellement tout le monde, il devrait certainement être possible de réinsérer socialement tout le monde.

Des mesures au temps limité

Les structures de réinsertion professionnelle intègrent de moins en moins de personnes en phase actives de consommation, car ces dernières ont peu de chance d'atteindre les objectifs fixés dans les

temps de la mesure. En effet, les mesures d'insertion professionnelle ont une durée limitée à 6 mois renouvelables une seule fois pour les bénéficiaires, ce qui n'est pas toujours suffisant. Cette restriction temporelle pose le problème du devenir du bénéficiaire qui ne peut plus bénéficier de nouvelles mesures.

Ce constat a poussé les structures qui offrent des jobs à seuil adapté de ne pas les limiter dans le temps. Pour l'instant, les retours faits par les bénéficiaires de ces jobs sont globalement positifs et les résultats semblent bons. Ces personnes ont besoin de temps pour que les effets positifs des mesures puissent être durables.

La difficulté des transitions

Si on considère l'évolution vers une réinsertion professionnelle, il est difficile pour une personne de passer d'une MIS « bas seuil » à une mesure plus élevée. Selon certain·e·s professionnel·le·s, le passage entre deux paliers ajoute des exigences et un niveau de stress supplémentaires qui tendent à déstabiliser les personnes. Les personnes ne sont pas accompagnées. Pour répondre à cette difficulté, certaines institutions actives dans le domaine de l'insertion sociale et professionnelle, et qui disposent de plus de moyens, proposent un accompagnement plus ou moins soutenu par un·e conseiller·ère professionnel·le.

Afin que l'ensemble des personnes concernées puissent bénéficier de cette prestation, il serait nécessaire de décloisonner la prise en charge institutionnelle pour améliorer l'accès à tous. Idéalement, l'insertion sociale et professionnelle devrait être constituée de différentes offres dans lesquelles les personnes pourraient prendre ce qui est nécessaire à leur insertion au sens large.

L'accompagnement des jeunes en difficulté

Des professionnel·le·s exercent auprès de jeunes qui sont au début de leur parcours professionnel, mais également au début de leur parcours de consommation. Certains jeunes ont déjà des parcours très cabossés avec une entrée dans la consommation à partir de 12 ans. Ces jeunes sont souvent déjà identifiés par différents services. Parfois, leurs parents présentent les mêmes difficultés. Il manquerait de soutien pour le jeune qui se retrouve seul et qui aurait de la peine à effectuer la transition entre l'école et le travail. La question qui se pose de manière transversale est de savoir comment accompagner les jeunes et leur famille dans leurs difficultés et comment casser le cercle vicieux qui s'est installé. En effet, les jeunes ont une idée normative de ce que signifie l'insertion et ils se mettent des barrières.

La difficulté des transitions se pose également dans le passage à l'âge adulte. Parfois, les jeunes ne prennent conscience de leurs problèmes de consommation que vers 22 ans. Ils n'auront plus accès aux mesures pour mineurs. Il y aurait un besoin de pouvoir prolonger certaines mesures qui s'arrêtent à 18 ans.

Les personnes en marge

Beaucoup de personnes sont à l'AI et il n'existe rien pour elles. Il n'y a pas de suivi du tout. De plus, des personnes exercent une activité qui devrait être reconnue, mais qui ne l'est absolument pas, comme les travailleurs et travailleuses du sexe. Ces personnes ne se sentent pas insérées socialement. Elles se retrouvent dans une impasse, car elles n'existent nulle part. La question se pose aussi pour les personnes sans statut légal et sans droit de travail en Suisse. Les professionnel·le·s ne peuvent que constater et se trouvent dans l'incapacité de les orienter.

SYNTHESE DU GROUPE DE REFLEXION

Bilan

- Les offres existantes : développement de l'insertion sociale et professionnelle en particulier pour les personnes en grande précarité consommatrices de substances psychoactives.
- Continuum des offres : ateliers internes des établissements socio-éducatifs, mesures d'insertion sociale et professionnelle, formation certifiante pour les adultes.
 - Des mesures à intensité variable : s'adapter à la situation et aux compétences de la personne.
 - Des mesures plus soutenues : gérer les problèmes de consommation, proposer des formations, insertion vers le 1er marché du travail.
- Bénéfices des mesures d'insertion sociale « bas seuil » :
 - Personnel, social, sociétaire et professionnel (meilleure gestion de la vie quotidienne, meilleure santé : diminution des consommations, renforcement identitaire, compétences sociales renouvelées, réseau social redimensionné, sentiment d'utilité sociale renforcé, acquisition de compétences)

Perspectives

- Décloisonnement : individualiser les accompagnements.
- Mieux accompagner les individus avec une approche globale.
- Redonner de la valeur à l'insertion sociale.
- Valoriser les compétences.
- Encourager la mise en place de mesures destinées à des personnes employables, mais qui ont peu de probabilités de retrouver un emploi selon les professionnels.
- Améliorer l'accessibilité des mesures.
- Améliorer les transitions : l'après-mesure – accompagner jusqu'à quelque chose.
- Reconsidérer la durée des mesures.
- Encourager le dialogue avec les entreprises.

BIBLIOGRAPHIE

Dartiguenave, 2003 (voir p. 37)

Groupe de travail hébergement d'urgence, 2012 (voir p. 38)

Knüsel, Steiner, & Savioz, 2011 (voir p. 38)

Oeuvre Suisse d'Entraide Ouvrière, 1997 (voir p. 38)

Tabin, 2016 (voir p. 38)

6. Table ronde : Quelles perspectives pour la politique addictions du canton de Vaud ?

Animatrice : Sylvie Arserver (Journaliste et essayiste)

J. Besson (CHUV), K. Boubaker (Service de la santé publique), K. Brunner (Association Radio FMR), M.-O. Buffat (Député), F. Jaques (Service de prévoyance et d'aide sociales), J.-F. Savary (Groupe d'experts en matière d'addictions), O. Tosato (Municipalité de Lausanne)

Eléments clés issus de la table ronde

Les échanges lors de la table ronde ont été riches. Un résumé par thématiques des éléments clés discutés lors de ce moment est proposé afin d'en avoir une vision synthétique et structurée.

Les instances politiques comme moteur de la politique addiction

Quelle est l'attente ou l'aide que peuvent fournir les collectivités publiques, le Grand Conseil et le Conseil d'Etat ?

Selon un intervenant, le Grand Conseil doit prendre ses responsabilités. Le canton doit être plus actif et plus dirigiste dans la prise en charge des addictions. Comme le canton est un peu en retrait, les communes font leurs expériences de leur côté.

Par exemple, Lausanne travaille de façon intercommunale avec les municipalités des 27 communes de Lausanne Région. La Ville de Lausanne réfléchit au fonctionnement du dispositif addiction, cherche à savoir s'il répond aux questions et de quelle manière il pourrait être complété. La Ville de Lausanne a complété son dispositif par 4 moyens : l'ouverture de l'Espace de Consommation Sécurisé sous l'expertise de la Fondation ABS ; l'ouverture d'un hébergement de nuit comme lieu d'accueil universel pour les personnes consommatrices ; le Répit dirigé par la Fondation Mère Sofia ; l'ouverture l'hiver prochain d'un nouvel abri « hors sol » ; les correspondants de nuit.

Maintenant, tout le monde est d'accord pour dire que l'addiction est un problème cantonal qui doit être résolu de manière large et diversifiée.

Pour un intervenant, les politiciens, peu importe l'appartenance, devraient être plus clairs afin de se diriger dans le sens de la prévention. Ils doivent avoir une ligne directrice, des objectifs et les expliquer.

L'Etat : la coordination, la concurrence, la gestion de l'espace public et l'accès au logement

Selon les intervenants, les avancées dans la prise en charge des addictions sont notables, bien que la coordination doive être renforcée. Les services de l'Etat vont continuer à coordonner et plus particulièrement élaborer des visions et des objectifs réalisables. Lors de la dernière législature, l'accent a été mis sur les actions de santé publique. Une partie de l'énergie et des moyens vont être utilisés de manière un peu différente pour répondre à ce qui a été mis en évidence en termes de marginalité et de coordination.

Concernant la coordination, la problématique de l'addiction n'est pas réservée uniquement à la ville centre qu'est Lausanne. Par exemple, des jeunes viennent d'autres communes du canton de Vaud et se déplacent à Lausanne. Une réflexion doit se faire sur un plan global, sur l'ensemble du canton.

Selon un intervenant, l'Etat a comme rôle de donner les conditions cadre pour permettre la coordination. Des villes travaillent très bien sans coordination tout simplement parce que les acteurs ont la liberté de s'organiser eux-mêmes. Effectivement, quand des acteurs et actrices sont mis en concurrence, la collaboration est plus difficile. La loi sur les subventions devrait être réfléchie pour ne pas continuer à créer cette concurrence. L'Etat ne peut pas attribuer des subventions larges, mais doit faire des vérifications de l'efficacité et de la qualité de l'offre. De plus, il est important pour l'Etat de laisser les compétences aux acteurs et actrices de terrain plutôt que de s'intéresser à des détails de mise en œuvre. La ligne de séparation où le politique s'arrête et où le ou la professionnel-le commence doit être bien définie. Les responsables politiques doivent faire confiance aux professionnel-le-s, éviter les situations de concurrence et de leur côté, les professionnel-le-s peuvent endosser certaines responsabilités, médiatiques notamment.

La mise en concurrence des acteurs et actrices par l'Etat, si elle perdure, risque de diviser les différents champs professionnels (travail social et santé publique) empêchant une bonne coordination. De plus, les représentations des rôles et des missions de chacun peuvent se polariser davantage. Est-ce un problème social ou est-ce un problème de santé ? Qui doit payer quoi ?

Un intervenant remarque que les responsables politiques ont développé un discours commun par rapport à ces questions. Maintenant, les instances de l'Etat vont devoir traiter ces questions importantes, car elles portent une part de responsabilité. Aujourd'hui pour les communes, la manière dont l'espace public est occupé représente un des principaux défis. La Ville de Lausanne a décidé de gérer l'espace de la Riponne en accord avec des études qui ont été réalisées. Lorsqu'une solution est trouvée pour un problème donné, il faut recommencer, parce que le problème vient d'ailleurs. D'après un intervenant, toutes les municipalités essaient de trouver des solutions, y compris avec les personnes qui sont concernées par les addictions, parce qu'au final ce sont les véritables experts.

En 10 ans, le système a considérablement changé. Près de 25% de l'offre résidentielle a disparu au profit d'autres prises en charge. Le système s'adapte pour mieux accompagner les personnes. Néanmoins, une des difficultés qui met à mal le dispositif des institutions et tout le dispositif d'accueil des personnes qui souffrent d'addiction est l'accès au logement pour les populations vulnérables. Elle représente une des conditions principales des demandes de prestations aux institutions. Beaucoup de politiques publiques ont été impactées par cette question. Cela amène finalement des détournements des objectifs des politiques publiques. La résolution de ce problème empêche la personne de construire un projet de vie ou de s'engager dans un projet personnel qui lui permettra peut-être de maîtriser différemment ses problèmes d'addiction. C'est un problème qui dépasse les services de l'Etat ou la coordination et qui pose les questions suivantes : comment s'inscrire dans une certaine sécurité autour du logement et arriver à trouver des solutions en termes d'accès à des logements accompagnés, à des logements protégés, à des logements totalement libres avec des accompagnements pour des personnes qui n'ont peut-être pas besoin de beaucoup plus ?

Les professionnels : l'adaptation

Selon un professionnel des addictions, il existe deux types de travail :

1. Un travail de base qui est bien exécuté.
2. Un travail d'adaptation constante aux problématiques souvent cachées.

Tous les acteurs et actrices ont un effort d'adaptation à faire pour toujours être en mouvement. Il s'agit d'un travail de médiation sociale où les différentes parties prenantes doivent s'accorder que ce

soit dans le réseau et avec les pouvoirs publics. Cela demande un effort des professionnel-le-s qui doivent se mettre à niveau et expliquer les réalités du terrain.

Selon un autre professionnel, il est important de faire évoluer la recherche en santé mentale car les addictions sont enracinées au carrefour du psychique, du somatique, du social, voire du culturel. Ces questions sont travaillées en commun. De l'intelligence collective est créée. La dernière recherche au CHUV porte sur la maltraitance et cherche à comprendre en quoi les antécédents traumatiques de ces populations sont très importants. L'objectif est de voir comment une ligne temporelle peut être organisée pour donner de l'espoir aux patient-e-s dans leur processus de rétablissement. Le modèle du rétablissement propose de partir de la rue et des scènes ouvertes pour aller au rétablissement et à une vie communautaire. C'est l'affaire de tous, du policier, de l'assistant-e social-e, du logeur, du médecin.

Un intervenant explique que la science est importante pour répondre aux questions de régulation. Par exemple, il existe 70 cannabinoïdes. Il faudrait en connaître les effets neurobiologiques. Le public est très idéologique sur les substances. Souvent les politiques n'écoutent pas les scientifiques. Il serait important de développer un savoir universitaire sur ces questions pour renseigner le politique. Si un jour le cannabis se retrouve en vente libre dans différentes préparations alimentaires, il sera trop tard pour informer. Il est important que tous les acteurs travaillent activement ensemble pour éviter de se retrouver dans la situation de devoir « courir » après le système. « Il est temps de maîtriser certaines choses ».

Les personnes concernées

En 20 ans, les changements sont visibles dans la rue. La remise de produits de substitution a été grandement facilitée. Le plus important c'est d'entendre la parole des usager-ère-s. Par exemple, l'Espace de consommation sécurisé est très attendu par les usager-ère-s à Lausanne et aussi par les personnes qui vivent et travaillent autour de la Riponne.

Il est important de souligner le travail de la Confédération concernant les usager-ère-s. La stratégie addiction qui a été adoptée avec un plan de mesures très détaillé met en exergue le passage de l'ancien modèle du « pauvre toxicomane malade » à un autre modèle qui le reconnaît aussi en tant qu'acteur. La responsabilité individuelle est reconnue, sans rien abandonner sur la responsabilité collective.

D'après un intervenant, la politique des drogues actuellement en Suisse est bien construite, mais malheureusement mal équilibrée en termes de fonds. La répression représente une part conséquente dans cette politique. La réduction des risques, au contraire, manque de moyens. « La guerre contre les drogues est perdue et il faut trouver d'autres solutions, donc inclure les usagers dans le processus de mieux-être ». Le rétablissement est souvent évoqué comme modèle amenant à l'abstinence, mais ce n'est pas forcément le but de tous les usager-ère-s qui vivent très bien avec leur consommation et qui ne souhaitent pas forcément en changer. Donc tout le monde ne se dirige pas vers l'abstinence, certaines personnes vont continuer à consommer.

Finalement, certaines personnes concernées par l'addiction sont, dans le canton de Vaud, sans perspectives légales pour résider en Suisse. Dans ce contexte, il est impossible de leur offrir l'ensemble des prestations pour traiter leur addiction. Seules les offres d'aide à la survie peuvent être leur accessibles.

7. Bibliographie

Les intervenant-e-s des groupes de réflexion ont été sollicités pour proposer des documents de référence sur les thématiques abordées le matin. Ces références sont citées brièvement à la fin de la synthèse de chacun des groupes de réflexion et détaillées ci-après.

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a publié un grand nombre de rapports et de documents sur le thème des addictions. Une synthèse des éléments les plus récents et consacrés au canton de Vaud se trouve au point 7.2.

7.1. Ouvrages de référence en lien avec les groupes de réflexion

Astudillo, M., Ebnetter, F., & Kuendig, H. (2015). Interdiction de service et de vente d'alcool aux mineurs dans le canton de Vaud: résultats des achats-tests 2015. Addiction Suisse. Consulté à l'adresse http://www.fva.ch/sites/default/files/Feuille-info-AT-alcool_VD-2015_version-finale-au-201511161.pdf

Azorin, J.-C., & Le Grand, E. (2012). Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs: dossier. Saint-Denis: Inpes. Consulté à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-421.pdf>

Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire. Saint-Denis, France: Ineps. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/370090/>

Carrasco, K., Kurdi, C., & Savary, J.-F. (2010). Intervention précoce: accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité. Yverdon-les-Bains: GREA - Groupement romand d'études des addictions. Consulté à l'adresse http://www.interventionprecoce.ch/documents/pdf/brochure_IP.pdf

Carrasco, K., Lucia, S., Gervasoni, J.-P., & Dubois-Arber, F. (2014). Rapport NightLife Vaud. Lausanne: REL'IER & Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. Consulté à l'adresse http://relier.relais.ch/wp-content/uploads/2016/08/Rapport-NightLife-2013_version-finale23.04.2014.pdf

Da Cunha, A. (2010). Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social. Consulté le 10 novembre 2016, à l'adresse <http://www.grea.ch/sites/default/files/rechercheunilcriad.pdf>

Dartiguenave, J.-Y. (2003). L'homme oublié du travail social construire un savoir de référence. Ramonville St-Agne Erès. <https://www.editions-eres.com/ouvrage/1244/l-homme-oublie-du-travail-social>

Decaillet, F., Lerivray, M.-H., Chinet, M., & Cengelli Hänni, S. (2017). Accompagnement des résidents dépendants de l'alcool: Des structures adaptées et un suivi spécifique. Soins Infirmiers, 11/2017, 62-63. https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2017/11/revue_soins_infirmiers_62_63_alcool_ems-11_17.pdf

Fazan, C. (2012). Potentiels et limites des dispositifs cantonaux d'indication dans le domaine des addictions. Chavannes-près-Renens: IDHEAP.

- Grazioli, V. S. (2016). Alcohol harm-reduction approaches across different populations. sn, Lausanne.
- GREa - Groupement Romand d'Etudes des Addictions. (2012). Dépendances 47 - Logement. Consulté 18 octobre 2018, à l'adresse <https://www.grea.ch/publications/dependances-47-logement>
- Groupe de travail hébergement d'urgence. (2012). L'hébergement d'urgence à Lausanne ; état des lieux et recommandations. Service social Ville de Lausanne. Consulté à l'adresse http://www.lausanne.ch/lausanne-officielle/administration/sports-et-cohesion-sociale/social/aide-sociale-d-urgence/extrasArea/autoGenerated1/links/00/linkBinary/Concept_Hebergement_Rapport_et_Annexes.pdf
- Infodrog. (2017). Fiche d'information : drug checking. Consulté 18 octobre 2018, à l'adresse https://www.infodrog.ch/files/content/nightlife/fr/2017_4_factsheet_drugchecking_fr.pdf
- Knüsel, R., Steiner, B., & Savioz, F. (2011). Evaluation des mesures d'insertion sociale « bas seuil » dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut des Sciences Sociales ; Faculté des Sciences Sociales et Politiques.
- Laventure, M., Boisvert, K., & Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence: recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. Drogues, santé et société, 9(1), 121–164. <https://doi.org/10.7202/044871ar>
- Locicero, S., & Bize, R. (2015). Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014 (Raison de santé 253). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Consulté à l'adresse https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds253_fr.pdf
- Morel, A., Chappard, P., & Couteron, J.-P. (2012). L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie: en 22 fiches. Dunod.
- Oeuvre Suisse d'Entraide Ouvrière. (1997). Du travail et un logement pour les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales. France: OSEO.
- Renaud Stachel. (2017). Concept d'intervention du secteur d'accompagnement socio-thérapeutique de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme. Lausanne: Fondation vaudoise contre l'alcoolisme FVA.
- RESPADD (Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions). (2016). Chemsex: Livret d'information pour les professionnel[le]s et les intervenant[e]s de santé. Consulté à l'adresse http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=19224
- Tabin, J.-P. V. (2016). Lutter contre les pauvres (2ème édition). Editions d'en bas.
- Verdecchia, P. (2005). Alcool et conduite automobile étude sur les pratiques représentations juvéniles dans le cadre d'une évaluation de la campagne de prévention « Be my angel tonight ». Neuchâtel Université de Neuchâtel Faculté des sciences économiques et sociales.
- Wollschläger, M., & Schori, D. (2017). Consommation récréative de substances psychoactives (CrSp). Evaluation des questionnaires des consommatrices et consommateurs de l'année 2016. Berne: Infodrog. Consulté à l'adresse https://www.infodrog.ch/files/content/nightlife/fr/fr_sns_bericht-fragebogen_2017.pdf

7.2. Rapports récents dans le domaine des addictions concernant le canton de Vaud, publiés par l'IUMSP

Stadelmann S, Samitca S, Henry V, Bize R, Pin S, Lociciro S. Enquête nationale sur la remise de matériel d'injection stérile pour les pharmacies en 2016 – Résultats pour le canton de Vaud et pour la Suisse. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018 (Raisons de Santé : Les Essentiels 08) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/08>

Lucia S, Stadelmann S, Brändle K, Pin S. Quelles sont les caractéristiques des jeunes violents ? Les consommations de substances jouent-elles un rôle ? Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018, (Raisons de Santé : Les Essentiels 07) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/07>

Pin S, Henry V. Chiffres-clé sur la consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 11 à 24 ans dans le canton de Vaud. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017, (Raisons de Santé : Les Essentiels 05) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/5>

Pin S, Henry V. Chiffres-clé sur la consommation de substances psychoactives dans la population âgée de 15 ans et plus dans le canton de Vaud. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017, (Raisons de Santé : Les Essentiels 04) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/4>

Lociciro S, Casalini E. Pointage annuel du profil des usagères et usagers des centres à bas seuil d'accès du canton de Vaud : PAPU. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018 (Raisons de santé 289). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/289>

Zobel F, Esseiva P, Udrisard R, Lociciro S, Samitca S. (2018). Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud : cocaïne et autres stimulants. Lausanne. Addiction Suisse/Ecole des Sciences criminelles/Institut universitaire de médecine sociale et préventive. https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/Marstup_2_Stimulants_Rapport_final.pdf

Simon-Vermot P, Dubois Arber F, Pin S. Premier bilan du projet de renforcement du dispositif addictologique de l'Ouest vaudois. Evaluation de la période 2015-2016. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018 (Raisons de santé 283). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/283>

Zobel F, Esseiva P, Udrisard R, Lociciro S, Samitca S. (2017). Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud: Les opioïdes. Lausanne : Addiction Suisse/Ecole des sciences criminelles/Institut universitaire de médecine sociale et préventive. www.iumsp.ch/sites/default/files/pdf/Rapport%20MARSTUP%20Version%20def%205052017.pdf

Stadelmann S, Samitca S, Henry V, Bize R. Enquête nationale sur la remise de matériel d'injection stérile par les pharmacies en 2016. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 277) <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/277>

Simonson T, Pin S. Tabac-Alcool. Evaluation du projet du CIPRETVaud « Aborder le tabagisme via d'autres problèmes de santé ». Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017 (Raisons de santé 275). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/275>

Samitca S, Stadelmann S, Bize R. Inventaire et description des modalités de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral en Suisse. Situation en 2016. Lausanne, Institut universitaire de

médecine sociale et préventive, 2016 (Raisons de santé 266a). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/266a>

Stadelmann S, Amiguet M, Lucia S, Dubois-Arber F. Consommation des jeunes et jeunes adultes en fin de semaine. Evolution entre 2011, 2013 et 2015. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2016 (Raison de santé 265). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/265>

Cominetti F., Simonson T., Dubois-Arber F., Gervasoni J.-P., IUMSP, Schaub M., ISGF, Monnat M., SSP. Analyse de la situation de l'hépatite C chez les usagers de drogue en Suisse. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 234a) https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds234a_fr.pdf

Luyet S, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Analyse des données du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour les personnes Toxicodépendantes (DCIST), 2010-2012. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé 232). https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds232_fr.pdf

Koutaïsoff D, Luyet S, Jeannin A, Dubois-Arber F. Évaluation du dispositif d'urgences sociales EMUS. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne 2014 (Raisons de santé 231). https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_05447D1430D0.P001/REF

Lucia, S, Gervasoni, J-P, Dubois-Arber, F. Analyse des données migrants du Monitoring des dépendances. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014 (Raisons de santé 229). https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_13DD901FB9AE.P001/REF

Lucia S, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Consommation des jeunes et des jeunes adultes les fins de semaine. Evolution entre 2011 et 2013 et synthèse des études sentinelles 2010-2013. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé n° 228). https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds228_fr.pdf

Luyet, S, Wicki, M, Stucki, S, Windlin, B, Maffli, E, Gervasoni, J-P, Dubois-Arber, F, Analyse des besoins de la prise en charge des personnes dépendantes en Suisse : Rapport final, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014, (Raisons de santé ; 222). Le texte intégral n'est pas librement disponible.