



Aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne Stratégies et mesures

Rapport du Conseil-exécutif

Rapport relatif à la mise en œuvre de la
motion 285/2008 Blaser, Steffisbourg (PS), du
17 novembre 2008
« Adaptation du système de prise en charge
des dépendances »

Adopté par le Conseil-exécutif
le 21 décembre 2011

Table des matières

Résumé.....	3
1 Introduction.....	6
1.1 Contexte et mission	6
1.2 Objet.....	6
2 Aide aux personnes dépendantes et politique des addictions : bases conceptuelles et terminologie.....	8
2.1 Définition de l'addiction.....	8
2.2 Aide aux personnes dépendantes : fonctions et prestations	9
2.3 Politique en matière d'addiction	9
2.4 Bases légales et missions	12
2.5 Gestion et financement.....	13
3 Prestations proposées au titre de l'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne.....	15
3.1 Aperçu.....	15
3.2 Conseil et thérapie ambulatoire	15
3.3 Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique	16
3.4 Médecine de l'addiction	17
3.5 Substitution.....	19
3.6 Réduction des risques	20
3.7 Logement et travail	21
3.8 Besoins financiers pour l'aide aux personnes dépendantes : résumé	23
4 Développements et besoins en prestations	24
4.1 Données épidémiologiques.....	24
4.2 Modèles de consommation et acuité des problèmes : évolution	26
4.3 Perception dans l'opinion publique et les milieux politiques	30
4.4 Ébauches de solutions et mesures à prendre : tendances.....	31
5 Conclusions pour le canton de Berne	33
6 Lignes directrices pour l'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne	35
7 Stratégies et mesures.....	37
7.1 Champ d'action A : une offre axée sur les besoins	37
7.2 Champ d'action B : des partenariats stratégiques.....	39
7.3 Champ d'action C : mise en réseau et coopération.....	41
7.4 Champ d'action D : des prestations axées sur le client et le patient.....	42
7.5 Champ d'action E : ressources et qualité.....	43
8 Mise en œuvre.....	45
9 Proposition au Grand Conseil.....	46

Résumé

Contexte

Le canton de Berne dispose d'une offre d'aide aux personnes dépendantes innovante et reconnue par les professionnels, qui s'articule autour des quatre piliers : prévention, thérapie, réduction des risques et répression. Outre les problèmes que pose la consommation d'alcool et de tabac – qui restent les plus graves –, on observe une évolution constante dans les comportements de consommation, les approches thérapeutiques et la perception qu'a la société des maladies liées aux dépendances et des traitements proposés. Dès lors, le pilotage des prestations se modifie autant que les principes régissant la répartition des moyens pour atteindre un objectif : offrir aux patients des soins encore plus ciblés. S'inscrivant dans ce contexte, la motion Blaser (M285/2008) charge le Conseil-exécutif d'améliorer ce pilotage.

Prestations d'aide proposées dans le canton de Berne

Les prestations d'aide aux personnes dépendantes sont financées essentiellement par le canton et les communes au titre de la compensation des charges. Suivant le domaine dont elles relèvent, leur pilotage et leur financement découlent de la loi sur l'aide sociale (LASoc), de la loi sur les soins hospitaliers (LSH) ou de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Conseil et thérapie ambulatoire. Cinq prestataires proposent une offre à visée régionale et traitent quelque 6600 cas par année. L'éventail des prestations s'articule autour d'entretiens permettant de se renseigner, de recevoir des conseils et d'être dirigé vers la bonne institution ; des réunions d'information sont également organisées. L'objectif global est de faire le point avec les personnes concernées, d'élargir leurs compétences face à l'addiction et d'améliorer et stabiliser leur situation.

Traitement résidentiel à orientation thérapeutique. Six prestataires permettent à 134 patientes et patients présentant une dépendance à des substances illégales de bénéficier d'un traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique, dont 97 dans des structures thérapeutiques et 37 dans des familles d'accueil. Par année, 255 personnes en moyenne suivent un tel traitement. Des objectifs individuels sont fixés dans divers domaines (logement, travail, santé, relations sociales, loisirs et formation). Les séjours ont lieu sur une base volontaire ou dans le cadre de mesures pénales selon l'article 60 du Code pénal suisse (CP). Ce traitement vise à sevrer les bénéficiaires de la substance qui pose le plus problème, à améliorer et stabiliser leur situation et à planifier leur réinsertion sociale et professionnelle.

Médecine de l'addiction. La médecine de l'addiction s'articule autour de programmes de sevrage et de désaccoutumance en mode ambulatoire et résidentiel, proposés par trois cliniques offrant 34 places pour le sevrage et 89 places pour la désaccoutumance et par quatre institutions psychiatriques, comptant, elles, 113 places pour le sevrage et 53 places pour la désaccoutumance. Alors que les programmes de sevrage procèdent à une désintoxication physique d'une ou plusieurs substances, ceux de désaccoutumance en mode résidentiel permettent aux patientes et aux patients de soigner leur âme et leur corps dans une démarche globale et de guérir.

Substitution. L'offre en matière de substitution comprend les traitements avec prescription d'héroïne et les traitements avec prescription de méthadone; elle s'adresse aux personnes dépendantes aux opiacés. Il existe, sur l'ensemble du canton, 400 places dans quatre centres de traitement avec prescription d'héroïne et 545 places dans quatre centres de traitement avec prescription de méthadone. Les traitements avec prescription d'héroïne sont financés par les caisses-maladie et par le canton.

Logement et travail. Les prestations visant l'intégration par le logement ou le travail s'adressent aux personnes dont la capacité de vivre ou de travailler de façon autonome est transitoirement ou durablement limitée en raison de troubles liés à une dépendance ou d'autres problèmes. Dans la plupart des cas, les bénéficiaires effectuent de tels séjours sur une base volontaire. Cette offre est financée par contrat de prestations ou grâce au régime des autorisations aux communes, ou encore au titre du financement par sujet.

Stratégies et mesures

Pour atteindre les objectifs fixés, à savoir améliorer le pilotage du système de prise en charge, allouer les moyens en fonction des besoins et optimiser l'offre, différents champs d'action et mesures ont été définis. Ceux-ci doivent permettre de déterminer l'éventail de l'offre, ses points forts, son volume et ses groupes cibles, et partant, la spécialisation des fournisseurs de prestations. Ils formeront donc la base sur laquelle fonder les contrats de prestations.

Une offre axée sur les besoins

Un potentiel d'amélioration réside dans l'harmonisation des différentes prestations, d'une part, et dans la mise en valeur de la perspective des soignants plutôt que de celle des institutions, d'autre part. Le besoin doit être recensé de manière plus complète, en tenant compte de différentes sources, et bénéficier d'une meilleure légitimation politique. A cet égard, la première mesure à prendre est de mettre en œuvre un cycle de pilotage. Sur une période de quatre ans, un programme de prestations devrait pouvoir être conçu, validé et transcrit dans les faits par le biais des contrats de prestations.

Une plate-forme cantonale, au sein de laquelle les principaux fournisseurs de prestations, les régions et les systèmes les englobant seraient représentés, doit permettre aux différents acteurs d'échanger sur les évolutions récentes et de valider les stratégies.

Partenariats stratégiques

Le nombre des prestataires doit être réduit par la conclusion de partenariats utiles. Il s'agit avant tout de grouper les institutions œuvrant dans un même domaine. A moyen terme, on pourra aussi imaginer rapprocher les fournisseurs de prestations en fonction des parcours de soins.

Mise en réseau et coopération

Les maladies liées à l'addiction s'étant largement répandues et leurs conséquences étant perceptibles jusque dans l'espace social, différents systèmes sont désormais confrontés à cette problématique ; dès lors, il y a lieu de mieux les intégrer au dispositif. Au-delà du système d'aide aux personnes dépendantes au sens strict, qui comprend les prestataires spécialisés, il convient en particulier d'associer les soins de base (médecins de premier recours et psychiatrie) ainsi que les acteurs des systèmes « périphériques », soit la police, les conseillers en éducation, les écoles, etc. A noter que cette démarche doit être réalisée grâce aux plates-formes suprarégionales dont disposent ces structures afin de favoriser la mise en réseau et la coopération et de permettre aux professionnels de discuter de l'état des besoins.

Des prestations axées sur les bénéficiaires

Le pilotage obéissant désormais aux règles de la nouvelle gestion publique (NOG), les activités des fournisseurs de prestations sont soumises à des critères économiques. L'avis des bénéficiaires pourrait dès lors passer au second plan. Pour garantir l'évaluation objective des besoins individuels, on envisagera d'instaurer des systèmes de tri, ce qui peut déjà être fait en uniformisant les systèmes existants. Par contre, il y a lieu d'éviter de créer de nouvelles structures. L'introduction de la gestion par cas doit en outre permettre d'améliorer le traitement et le suivi des personnes confrontées à des problématiques complexes.

Ressources et qualité

Le financement de l'aide aux personnes dépendantes est hétérogène. En plus du budget de l'aide sociale, certaines prestations médicales particulières sont notamment prises en charge par la LAMal. Il peut en résulter des inégalités de traitement entre dépendance aux substances légales et dépendance aux substances illégales. Ces inégalités peuvent à leur tour provoquer des incitations ou des effets collatéraux indésirables. Il convient donc d'élaborer un projet qui corrige ce déséquilibre, dont le but serait de concevoir un système de rétribution systématiquement orienté sur les besoins et couvrant toutes les prestations.

Les prestataires de soins de base sont souvent confrontés aux maladies liées à l'addiction. Les professionnels spécialistes de cette pathologie peuvent leur offrir un soutien encore plus systématique. Une plate-forme basée sur Internet doit être créée à cet effet. Elle offrira de la documentation spécialisée et visera à renforcer le dialogue entre les médecins de premier recours et les spécialistes.

Les compétences des prestataires de soins à domicile en matière d'addiction doivent également être renforcées. A cette fin, on proposera des modules de formation continue et, au besoin, des séances de coaching ciblé.

Le canton dépense au total quelque 39 millions de francs pour les prestations d'aide aux personnes dépendantes au sens du présent rapport (après décompte de la compensation des charges et y compris les soins en médecine de l'addiction dispensés dans le secteur psychiatrique). A cela s'ajoutent les 4,3 millions de francs de dépenses du Fonds de lutte contre la toxicomanie.

1 Introduction

1.1 Contexte et mission

Le canton de Berne dispose depuis de nombreuses années d'une offre d'aide aux personnes dépendantes moderne et reconnue par les professionnels, qui s'articule autour des quatre piliers : prévention, thérapie, réduction des risques et répression. Cette offre est en constante évolution pour répondre aux problématiques nouvelles. Récemment, on s'est en particulier efforcé de lever la distinction entre prise en charge des substances légales et illégales par les prestataires institutionnels.

Le canton est chargé de piloter le déploiement de l'aide aux personnes dépendantes en collaboration avec les communes. Afin de continuer à remplir cette mission avec transparence et efficacité, il faut développer les instruments utilisés et les adapter au contexte en mutation.

Une des particularités de l'offre adressée aux toxicomanes est que son financement provient de sources diverses. Il y a d'une part les prestations prises en charge par la LAMal, au titre du financement par sujet, et de l'autre, les mandats de prestations confiés aux acteurs de l'aide aux personnes dépendantes dans le cadre de l'aide sociale institutionnelle.

La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) a lancé le projet « Stratégie d'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne », afin d'améliorer la coordination dans ce secteur et de mieux axer l'aide sur les besoins. La motion Blaser, adoptée en 2008¹, qui chargeait le Conseil-exécutif d'élaborer une stratégie cantonale qui identifie les problèmes à venir et qui définisse des objectifs et les mesures nécessaires à leur réalisation, tout en analysant les conséquences structurelles, a renforcé ce projet.

Conçu comme un plan de prise en charge des dépendances, le présent document met l'accent sur le pilotage, notamment politique. Par les stratégies qu'il formule et les mesures qu'il préconise, il constitue la base sur laquelle le canton fondera ses contrats de prestations. C'est en fonction de ces stratégies et mesures que la palette d'offres, ses axes prioritaires, son aspect quantitatif et ses publics cibles seront définis, de même que le profil exigé des fournisseurs de prestations. C'est sur cette base que seront conclus les contrats de prestations.

Pour garantir que ce projet jouisse d'une assise suffisamment solide sur le terrain, il a été élaboré sur un mode participatif. La première étape, organisée sous la forme de cinq sous-projets (thérapie ambulatoire, réduction des risques, thérapie résidentielle, hébergement et psychiatrie), a consisté à réaliser un état des lieux. Il s'agissait de se procurer des informations complémentaires au moyen d'une enquête qualitative, afin que le canton puisse apprécier la dimension politique des options envisageables en matière d'aide aux personnes dépendantes.

En se fondant sur les conclusions de cette analyse, le directeur de la SAP a ensuite arrêté les grandes lignes du projet, qui constituent les piliers du programme d'action politique dans le domaine de l'aide aux toxicomanes. Dans une deuxième étape ont été définis les objectifs techniques et les prestations à mettre en place pour les atteindre. Le but de cette deuxième étape était de développer les instruments qui permettraient d'appliquer le pilotage politique géré par la SAP.

1.2 Objet

Le présent document porte en premier lieu sur les piliers « Thérapie » et « Réduction des risques » ; ils forment ensemble l'aide aux personnes dépendantes *stricto sensu* et délimitent le périmètre du projet. Au niveau des soins institutionnels, cette aide comprend toutes les offres spécifiques d'ordre thérapeutique et médical (y compris les programmes proposés dans le cadre de la psychiatrie institutionnelle).

¹ Motion Blaser M 285/2008 « Adaptation du système de prise en charge des dépendances »

Le canton de Berne pilote les actions relevant du pilier « Promotion de la santé / Prévention » (domaine non médical) au moyen d'un programme renouvelé tous les quatre ans ; c'est en fonction de celui-ci que l'orientation, et partant, les tâches à accomplir, sont fixées². Les axes prioritaires sont ici arrêtés sur la base de trois critères : l'évolution des problématiques que pressentent les experts, la perception qu'a le public des problèmes liés à l'addiction et la façon dont les députés se positionnent par rapport à ce sujet dans les interventions parlementaires.

La détection et l'intervention précoces sont des domaines dans lesquels la prévention et la thérapie se rejoignent. Bien qu'il ne soit pas possible de ranger clairement cette thématique dans la catégorie « Thérapie », elle a été intégrée au projet. À noter que c'est principalement lorsque ce dernier sera mis en œuvre qu'il s'agira de dûment prendre en compte le volet prévention.

La répression, qui désigne la réglementation du marché et la protection de la jeunesse ainsi que les interventions policières ayant pour objectif des poursuites pénales, n'est pas traitée dans le cadre du présent projet.

Certaines prestations, essentielles en matière d'aide aux toxicomanes, sont fournies par différents acteurs du réseau social et sanitaire dans le cadre des soins de base, notamment par les médecins de premier recours, les hôpitaux, les services d'aide et de soins à domicile et les services sociaux. Ils conseillent, soignent et soutiennent les personnes souffrant de maladies et confrontées à des problèmes en raison de leur dépendance. Si le secteur des soins de base n'est abordé que ponctuellement dans le présent document, il en sera tenu compte autant que possible dans le processus de pilotage et dans la mise en œuvre des mesures³.

La psychiatrie occupe quant à elle une place singulière, d'une part parce que la toxicomanie est reconnue comme étant une pathologie psychiatrique, de l'autre parce que la psychiatrie institutionnelle propose des offres spécifiques en la matière.

² http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/gesundheitsfoerderung_praevention/Kantonale_Schwerpunkte.html

³ Dans le présent document, la frontière entre soins de bases et soins spécialisés est définie comme suit : alors que les soins spécialisés s'adressent uniquement aux personnes souffrant de problèmes de dépendance, les soins de base traitent des groupes cibles présentant plusieurs problématiques, dont la toxicomanie.

2 Aide aux personnes dépendantes et politique des addictions : bases conceptuelles et terminologie

2.1 Définition de l'addiction

La complexité de la problématique de l'addiction devient évidente lorsque l'on tente une définition. En effet, l'addiction est un terme courant, qui désigne des comportements et des tableaux cliniques divers.

Conception médicale

Du point de vue médical, l'addiction est appréhendée comme une pathologie complexe entraînant des répercussions sur les plans social, psychique et physique.

Le catalogue diagnostique actuellement en vigueur (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM 10) décrit plusieurs symptomatologies dans la catégorie « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » (F10 à F19, les diagnostics marqués d'un F désignant les diagnostics psychiatriques « classiques »). Relevons en particulier l'intoxication aiguë, l'utilisation nocive pour la santé, le syndrome de dépendance et le syndrome de sevrage⁴.

L'intoxication aiguë désigne l'état consécutif à la prise d'une substance psychoactive et entraînant des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, de l'affect ou du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques. Les perturbations sont directement liées aux effets pharmacologiques aigus de la substance consommée, et disparaissent avec le temps.

On parle d'utilisation nocive pour la santé lorsque le mode de consommation d'une substance psychoactive est ou a été préjudiciable à la santé physique ou psychique. À noter que les termes « utilisation nocive » et « consommation problématique » sont employés indifféremment.

Sont victimes du syndrome de dépendance les personnes chez lesquelles la consommation d'une substance prime sur d'autres comportements qu'elles valorisaient davantage par le passé, ces personnes éprouvant des difficultés à contrôler leur consommation et la poursuivant en dépit de ses conséquences nocives. Le syndrome de dépendance peut concerner une substance psychoactive spécifique (par exemple le tabac, l'alcool ou le diazépam), une catégorie de substances (par exemple les substances opiacées), ou un ensemble plus vaste de substances psychoactives pharmacologiquement différentes⁵.

Le catalogue diagnostique définit par ailleurs le sevrage comme un ensemble de symptômes qui se regroupent de diverses manières, dont la gravité est variable et qui surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psychoactive consommée de façon prolongée.

Précisons que le terme addiction comprend également les formes de dépendances qui ne sont pas liées à une substance, soit les comportements addictifs (l'addiction au jeu et la cyberaddiction par exemple). Il désigne des comportements excessifs dans lesquels se retrouvent différentes caractéristiques d'une dépendance psychique ; toutefois, ceux-ci ne figurent pas dans la CIM 10.

Conception sociologique

D'un point de vue sociologique, la dépendance peut être définie comme une pathologie qui est appréciée de diverses manières dans la société. Dès lors, la consommation de substances psychoactives n'est considérée comme une addiction que dans la mesure où la société l'identifie et l'appréhende comme telle. Les phénomènes du pouvoir et de la valorisation, inhérents à toutes les problématiques sociales, entrent donc également en jeu pour la toxicomanie et les autres comportements addictifs.

⁴ C'est de cette définition scientifique que découle la volonté de la psychiatrie de prendre en charge les toxicomanes en offrant un traitement spécialisé revêtant une dimension intégrative.

⁵ CIM 10, Chapitre V, Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, (F10-F19)

À cet égard, il faut principalement garder à l'esprit les dimensions suivantes :

- les problèmes personnels (les dommages somatiques, psychiques et sociaux et les répercussions économiques, à l'instar du chômage) ;
- les problèmes pour l'entourage (famille, environnement professionnel, espace public, etc.) ;
- l'incidence économique pour l'État (dépenses médicales et sociales).

Les dimensions problématiques les plus saillantes varient en fonction des valeurs sociales considérées comme prédominantes. La façon dont la société compose avec les comportements est en constante évolution et ce constat s'applique également à l'addiction. D'ailleurs, tant les individus que la société dans son ensemble ont besoin de temps pour tirer les conséquences des résultats des études scientifiques. Le tabac est l'illustration même de ce constat : entre le moment où la nocivité du tabac a été établie avec certitude et celui où cette réalité a été inscrite dans la loi et appliquée au quotidien, quelque 50 années se sont écoulées.

Conception thérapeutique

Enfin, du point de vue thérapeutique, ce sont en premier lieu les traitements sociothérapeutiques et psychosociaux qui se distinguent des soins dont l'orientation principale est médicale. Les chercheurs et les praticiens parviennent à la même conclusion : ces deux approches ne s'excluent pas, au contraire, elles se complètent dès lors qu'elles sont mises en œuvre avec intelligence.

2.2 Aide aux personnes dépendantes : fonctions et prestations

Les attentes placées dans le système d'aide aux personnes dépendantes varient elles aussi en fonction de la façon dont ce phénomène est abordé.

Mener les toxicomanes vers l'abstinence n'est plus aujourd'hui le but prioritaire et exclusif. La tendance est plutôt à des approches qui mettent la sécurité publique au premier plan, tout en s'inscrivant dans une démarche qui vise une réduction de la consommation. La mention dans la loi sur les stupéfiants (LStup) de la réduction des risques participe du même mouvement.

L'objectif de la prévention est d'éviter toute consommation – notamment nouvelle – de substances pouvant nuire à la santé (tous les modes de consommation qui n'entrent pas dans le cadre d'une consommation à faible risque), de même que toute forme de comportement addictif.

Si l'on place la sécurité publique au cœur des préoccupations, il s'agira en particulier d'éviter la consommation visible dans les lieux publics. En parallèle, les conditions de vie socio-économiques des consommateurs doivent être améliorées, afin de minimiser les risques d'ordre sanitaire et criminel. En effet, la prostitution ou le vol liés à l'addiction se déroulent nécessairement dans l'espace public.

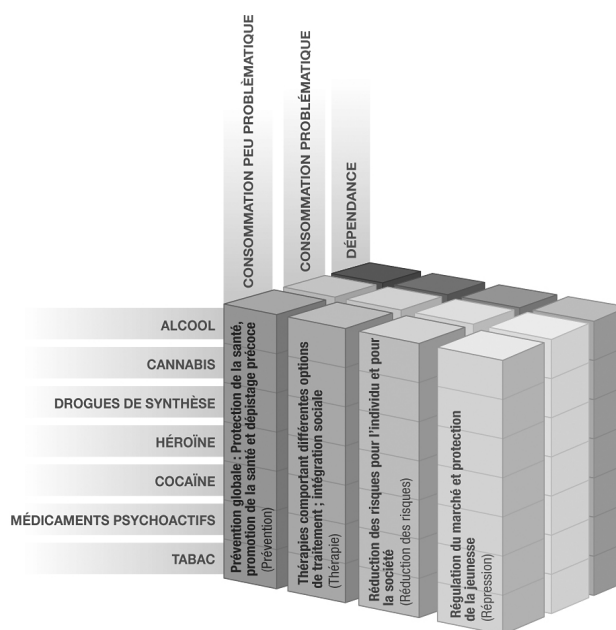
2.3 Politique en matière d'addiction

À l'échelle de la Confédération

La Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) a conçu le modèle du cube⁶, en approfondissant le modèle précédent qui s'articulait autour des quatre piliers prévention, thérapie, réduction des risques et répression. Ainsi les piliers se sont-ils enrichis des deux dimensions suivantes : mode de consommation (consommation à faible risque, consommation problématique et dépendance) et substance (légale ou illégale). Ce modèle a permis de planifier des mesures plus nuancées et de fixer des objectifs en fonction de ces deux nouveaux paramètres. Sur le fond, rien ne s'oppose à ce qu'il soit développé pour prendre en considération les comportements addictifs.

⁶ Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2005

Le modèle du cube permet de développer une politique des dépendances réaliste, cohérente, efficace et crédible, qui englobe toutes les substances psychoactives.



Les piliers :

Prévention	protection de la santé, promotion de la santé et dépistage précoce
Thérapie	thérapies comportant différentes options de traitement, intégration sociale
Réduction des risques	pour l'individu et pour la société
Répression	réglementation du marché et protection de la jeunesse

Modes de consommation :

Consommation à faible risque	consommation occasionnelle ou de faible dose, que l'individu maîtrise
Consommation problématique	consommation présentant des risques, avec des problèmes qui ne sont pas visibles mais sous-jacents, et consommation nocive pour la santé engendrant des problèmes sur le plan physique, psychique et social
Dépendance	consommation entraînant de lourdes conséquences, que l'individu ne maîtrise plus, bien qu'il connaisse les problèmes. La dépendance est classifiée par l'OMS comme une maladie.

Même si ce modèle a l'appui du monde politique comme des spécialistes, il ne se traduit que partiellement sur le terrain et en politique. En effet, l'approche reste très sectorielle : on dénombre toujours trois secteurs (alcool, tabac et drogues), ayant chacun leur commission fédérale ad hoc. Plusieurs initiatives visant à pallier cette faille ont néanmoins vu le jour.

La politique en matière d'addiction repose en outre sur le rapport « Défi addictions »⁷, rédigé conjointement par les trois commissions dans le but de jeter les bases communes d'une politique cohérente et qui a débouché sur dix lignes directrices. L'approche choisie est celle de la santé publique.

⁷ Commissions fédérales pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL), pour les questions liées aux drogues (CFLD) et pour la prévention du tabagisme (CFPT), 2010 ; Défi addictions

Que cela implique-t-il ?

- Adopter une approche de santé publique, c'est poser l'addiction clairement comme étant un phénomène relevant de la politique sanitaire. Il incombe dès lors à la société de prendre et de mettre en œuvre des mesures en matière d'addiction, qui visent une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de vie.
- La stratégie de santé publique se fonde toujours sur la charge de maladie, mesurée en général à l'aune de l'indicateur « AVCI »⁸. À noter que ce calcul ne tient pas compte des conséquences pour l'entourage.
- Déterminants sociaux : le fait d'être en bonne santé ou de tomber malade est déterminé socialement. Les facteurs d'influence concernés sont appelés déterminants de la santé. On retiendra en particulier les quatre suivants : comportements et styles de vie, soutien social, conditions de vie et de travail ainsi que l'environnement économique, culturel et physique (niveau de vie ou marché du travail). On emploie à cet égard souvent le modèle des cercles concentriques.
- Mesures étatiques d'intérêt public : il est du devoir des organismes de santé publique, des spécialistes et des organisations professionnelles de proposer aux acteurs étatiques des mesures qui contribuent de façon avérée à limiter l'acuité des problèmes sanitaires et sociaux. Cela permet de surcroît de définir clairement les tâches et les responsabilités des acteurs.
- Intégration de la prévention structurelle et comportementale : combinaison de mesures ciblant la structure et de mesures ciblant l'individu.
- Intégration de la santé dans tous les domaines politiques : un segment politique ne peut œuvrer seul en matière de santé. En effet, tant les causes des problèmes que les tentatives de les régler sont multisectorielles. Dès lors, la politique sanitaire et la politique en matière d'addiction doivent s'inscrire dans une perspective globale.

Fonder la politique en matière d'addiction sur une approche de santé publique revient donc à placer l'acuité du problème sanitaire au centre des préoccupations.

Si l'accent est mis sur les aspects sociopolitiques, les composantes sociétales passent au premier plan. Ainsi, formuler comme objectif la « diminution des conséquences négatives pour les usagers et pour la société » (ProMeDro III⁹), aux côtés de la « réduction de la consommation de la drogue » implique clairement que d'autres dimensions sont envisagées au-delà des aspects sanitaires ; sont ici visées les conséquences économiques et sociopolitiques de la consommation de drogues, qu'il s'agit de prendre en considération.

À l'échelle du canton

La politique en matière d'addiction que le canton conçoit et développe s'inscrit pour l'essentiel dans la ligne de celle de la Confédération ; elle reprend en particulier le modèle du cube. Le canton met cette politique en œuvre et s'attache à harmoniser ses mesures de manière à aboutir à un dispositif équilibré. Au-delà des mesures qu'il prend en amont, donc de la promotion de la santé, le canton a également fermement ancré la thérapie et la réduction des risques dans son offre.

Le Programme gouvernemental de législature 2011-2014 ne mentionne pas explicitement la politique en matière d'addiction, mais l'objectif « Favoriser la santé et la sécurité sociale » l'englobe ; en effet, le canton s'engage par ce biais à fournir une couverture de soins de qualité. Le programme précise notamment que « le canton de Berne veille à l'assistance sanitaire intégrée de la population dans toutes les régions » et qu'« il s'assure qu'elle soit de qualité et économiquement supportable ». Il ajoute encore que « les services médicaux de pointe sont centralisés » et que « la nouvelle stratégie de la santé qui doit être mise au point accorde une large place à la prévention ».

⁸ AVCI = Années de Vie Corrigées du facteur d'Invalidité (en anglais : DALY) = sommes des années de vie perdues prématurément (c'est-à-dire avant l'âge de 70 ans) et des années vécues avec un handicap physique ou psychique. On utilise également l'acronyme QALY (Quality adjusted life years) qui désigne les années de vie perdues ou dont la qualité a été entamée. Une approche de santé publique se fonde en particulier sur la charge de problèmes d'un phénomène.

⁹ La politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011 OFSP, 2006

Les lignes directrices définies par la Commission cantonale de promotion de la santé et de lutte contre les dépendances (SUGEKO) et adoptées en juin 2007 sont également déterminantes pour la politique des addictions du canton. En effet, l'offre proposée s'articule autour de celles-ci :

- lever la distinction entre substances légales et illégales et remplacer la politique actuelle en matière de drogue par une politique en matière d'addiction, tout en continuant à proposer conseils et soins adaptés au public cible, aux conditions de vie et aux problématiques et qui tiennent compte des spécificités des substances ;
- garantir la durabilité des interventions (suivi des soins et prévention des rechutes) ;
- développer le volet « Réduction des risques » pour les patients alcooliques (en leur aménageant des solutions de travail, de séjour et de logement) ;
- adapter l'allocation des moyens à l'acuité des problèmes et concevoir le système de soins de manière à ce qu'il puisse s'adapter rapidement aux nouvelles problématiques (par ex. risques non liés à la substance, dépendances) ;
- piloter l'offre de soins au niveau cantonal et l'harmoniser au niveau régional. Intégrer les communes ;
- assurer que les parcours de soins soient clairs (les doublons sont supprimés et les transitions entre les différentes prises en charge sont garanties) ;
- tenir compte de la tendance à privilégier la prise en charge ambulatoire par rapport à la prise en charge résidentielle ;
- institutionnaliser la mise en réseau entre les acteurs de l'aide aux personnes dépendantes, de la psychiatrie, des soins de base (médecins et pharmaciens), des services sociaux, de la prise en charge des jeunes, de l'école, de la police, etc., en premier lieu afin d'assurer la détection et l'intervention précoces, et partant, la protection de la jeunesse ; intégrer si nécessaire le système des familles d'accueil ;
- assurer la complémentarité entre l'offre psychosociale et l'offre médicale et, partant, l'interdisciplinarité.

2.4 Bases légales et missions

À l'échelle de la Confédération

Pour l'essentiel, la couverture des soins est du ressort des cantons. La compétence de la Confédération en matière de politique des addictions est néanmoins réglée dans trois domaines.

Les réglementations portant sur l'alcool sont légion. En effet, outre les textes qui régissent la sécurité des produits, la production et le commerce, de nombreuses dispositions ont été édictées en matière de protection de la santé, et, plus particulièrement, de protection de la jeunesse. Il s'agit de prescriptions qui règlent la remise du produit, la fraude, la taxation, la publicité, la sécurité routière et la sécurité sur le lieu de travail.

La LStup et les ordonnances d'application règlent l'utilisation de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi que la répartition des tâches entre les autorités nationales et cantonales. La LStup révisée a renforcé la protection de la jeunesse, consolidé la réduction des risques et augmenté le poids accordé à la détection précoce et à la prévention.

Enfin, pour ce qui est du tabac, c'est avant tout la protection contre le tabagisme passif qui est ancrée dans la législation ; par ailleurs, il existe des prescriptions concernant les produits du tabac, sa taxation et la publicité à la radio et à la télévision.

À l'échelle du canton

La compétence des cantons en matière de politique sanitaire est très vaste. En effet, ils sont chargés de la prévention et de la couverture en soins, mais assument également de nombreuses tâches dans les domaines de la police et de la justice. Ainsi, pour l'alcool et le tabac par exemple, c'est à eux qu'il incombe de faire respecter les interdictions de vente, de

fixer les heures d'ouverture des magasins, de définir les règles applicables aux secteurs de l'hôtellerie-restauration et de la vente au détail, et de fixer les restrictions de publicité.

En raison de la juridiction et de la souveraineté dont jouissent les cantons en matière de police, c'est également eux qui sont responsables de faire respecter sur leur territoire l'interdiction des drogues et les restrictions de vente de tabac.

Ces compétences sont réglées dans différents actes législatifs, notamment dans la loi sur l'hôtellerie et la restauration (LHR) ; c'est en effet dans celle-ci que le commerce de boissons alcooliques est réglé et que la protection contre le tabagisme passif est ancrée. Quant à la remise et la vente de tabac aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans, elle est inscrite dans la loi sur le commerce et l'industrie (LCI).

Par ailleurs, le canton façonne le catalogue des prestations qu'il offre au titre de l'aide aux personnes dépendantes en fonction de la loi sur l'aide sociale (LASoc), la loi sur les soins hospitaliers (LSH) et la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

La LASoc définit le cadre de l'aide sociale, dans laquelle entre l'aide aux toxicomanes. L'article 69 dispose que le canton assure, en collaboration avec les communes, « les prestations requises pour la promotion de la santé, la prévention de la toxicomanie et l'aide aux toxicomanes ». Il précise en outre qu'« il s'agit notamment des prestations fournies par les institutions de prévention, de consultation et d'information, de diagnostic précoce, de prise en charge et de traitement ».

L'article 70 LASoc prévoit la création d'un Fonds de lutte contre la toxicomanie, dont les ressources sont utilisées pour financer des mesures et des institutions relevant de la promotion de la santé en général, de la prévention de la toxicomanie et de l'aide aux toxicomanes. Son financement provient de la Confédération et repose sur les réglementations ad hoc.

La LASoc détaille en outre le régime des autorisations. Elle précise que les fournisseurs de prestations qui exploitent une institution résidentielle offrant à ses pensionnaires logement, nourriture, encadrement et soins doivent être titulaires d'une autorisation d'exploiter (cf. art. 65). Précisons qu'en vertu de l'article 6 de l'ordonnance sur les foyers (OFoy), l'autorité compétente pour délivrer ladite autorisation aux institutions et aux ménages privés hébergeant des toxicomanes est l'Office des affaires sociales.

La LSH garantit la planification et le financement des soins médicaux dans le cadre hospitalier, notamment en matière d'addictions, en se fondant sur la LAMal.

En outre, le principe garantissant à tous les assurés l'accès aux soins médicaux de base est inscrit dans la LAMal. Celle-ci prévoit qu'une commission fédérale est instituée (Commission fédérale des prestations générales et des principes), dont la mission consiste à définir quelles prestations sont comprises dans les soins de base. Le traitement des toxicomanies fait partie de ce catalogue de prestations.

2.5 Gestion et financement

La nouvelle gestion publique (NOG) ayant été ancrée dans la LASoc, il y avait lieu de piloter les tâches et les prestations publiques au moyen exclusif d'objectifs de prestation et d'effet. Les contrats de prestations introduits à cette occasion ont donc remplacé le système de la couverture des déficits. L'aide aux toxicomanes, qui fait partie de l'aide sociale institutionnelle, est pour l'essentiel financée directement, par le biais de contrats de prestations conclus entre le canton et les institutions. Certaines structures d'aide aux toxicomanes bénéficient toutefois d'un financement indirect, qui passe par l'octroi d'une autorisation aux communes, grâce à laquelle ces dernières peuvent porter à la compensation des charges les dépenses consenties pour des prestations. Dans ce cas, les communes concluent avec les organisations ad hoc des contrats de prestations. Les modèles de financement sont couverts par les dispositions de la loi sur les subventions cantonales (LCSu).

Sont arrêtées dans les contrats de prestations les instructions régissant la fourniture de prestations en matière de contenu, de qualité et de financement. Ils règlent également quelles données doivent être livrées et la rétribution que devra verser le mandant. Les prestations sont réglées par le canton et sont soumises aux dispositions de la compensation des charges.

Lorsque cela est possible, la rémunération est axée sur les prestations (p. ex. jours de traitement). La gestion axée sur les prestations et les résultats, pour laquelle le canton de Berne a opté, implique de définir des contrats de prestations et de les attribuer. Ces mandats font ensuite l'objet d'un rapport, qui vise à rendre compte des résultats. Ces rapports servent notamment à adapter l'offre future.

S'agissant du financement direct, les contrats de prestations sont conclus à condition que l'institution soit au bénéfice d'un certificat de qualité délivré par un organisme accrédité.

Les prestations relevant de la médecine de l'addiction dispensées dans le cadre hospitalier sont planifiées, pilotées et financées sur la base de la LSH et de la LAMal. La planification repose plus précisément sur la planification des soins telle qu'elle est prévue par la LSH : « la planification des soins fixe les objectifs à atteindre, détermine les besoins à couvrir et les coûts des prestations à fournir et concrétise les structures de soins devant assurer ces prestations »¹⁰. C'est sur la base de celle-ci qu'est établie la liste des hôpitaux, qui sert à attribuer les contrats de prestations aux institutions, conformément à la planification et aux besoins. Les prestations sont fournies dans ce cadre. À noter que leur financement sera soumis à partir de 2012 aux nouvelles mesures qui entrent en vigueur avec la révision de la LAMal. Le canton, qui n'est pas un partenaire tarifaire, finance 55 pour cent au moins des tarifs négociés.

¹⁰ Art. 4, al. 2 LSH

3 Prestations proposées au titre de l'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne

3.1 Aperçu

Les prestations offertes au titre de l'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne sont variées et dispensées en mode ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier. Cette offre s'adresse aux personnes dépendantes et à leurs proches, aux adultes comme aux adolescents ; elle couvre aussi bien les substances légales qu'illégales et inclut les comportements addictifs. Elle se déploie dans les domaines suivants :

Conseil et thérapie ambulatoire	conseil et thérapie psychosociaux dans des structures ambulatoires
Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique	soins résidentiels dispensés dans des structures sociothérapeutiques ou des familles d'accueil
Médecine de l'addiction	programmes de sevrage et de désaccoutumance en mode ambulatoire ou hospitalier dans des centres de traitement des dépendances ou des institutions psychiatriques proposant une offre spécialisée (par ex. une unité spécialisée pour les toxicomanes)
Substitution	traitement avec prescription d'héroïne ou de méthadone dans des centres spécialisés
Réduction des risques	programmes à accès facilité visant à garantir la survie des personnes concernées et à limiter la visibilité des drogues dans l'espace public
Travail et logement	offres de logements avec assistance et avec accompagnement et programmes d'occupation et de travail

L'essentiel des prestations offertes au titre de l'aide aux personnes dépendantes est financé par le canton et les communes (compensation des charges). Le pilotage et le financement de ces prestations repose, sur le plan légal, sur la LASoc, sur la LSH et sur la LAMal (cf. chap. 2.5).

Financement de l'aide aux personnes dépendantes	LASoc		LSH	LAMal
	Contrats de prestations	Autorisations	Liste des hôpitaux	
Conseil et thérapie ambulatoire	x			
Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique	x			
Médecine de l'addiction	x		x	x
Substitution	x			x
Réduction des risques	x	x		
Travail et logement	x	x		

3.2 Conseil et thérapie ambulatoire

Description de l'offre

Les centres de conseil et de thérapie s'adressent à toute personne concernée directement ou indirectement par la problématique des dépendances. Ils fournissent des conseils d'ordre psychosocial et travaillent à l'aide de différents concepts psychothérapeutiques. Il est possible d'y obtenir des entretiens permettant de se renseigner, de faire le point, d'être dirigé vers la bonne institution, d'y recevoir un accompagnement thérapeutique, que l'on vienne seul, en couple ou en famille. L'offre comprend également un suivi post-hospitalisation et des groupes

de parole et d'entraide. En outre, des manifestations visant à informer, former et sensibiliser les participants sont organisées dans le cadre de la détection précoce.

Les prestations proposées par les centres de conseil et de thérapie poursuivent différents objectifs : améliorer et stabiliser la situation des personnes concernées, initier des processus de développement et l'activation des ressources, élargir les compétences face à l'addiction, faire le point et aiguiller vers les prestataires ad hoc, faire circuler l'information et enrichir les connaissances¹¹.

Ces centres ambulatoires traitent une moyenne de 6 600 cas par année¹².

L'ensemble des structures proposant conseil et thérapie ambulatoires sont mandatées par le canton (Office des affaires sociales), avec lequel elles ont conclu un contrat de prestations. Elles sont rétribuées sur la base des budgets de produits fixés, la rémunération n'étant pas axée sur la prestation. Les moyens engagés s'élèvent à 10,9 millions de francs¹³, dont 9,4 millions sont financés par le canton et les communes (compensation des charges) et 1,7 million sont pris en charge par le Fonds de lutte contre la toxicomanie.

Acteurs

Organisation	Offre	Substances	Lieu / Région
Aide SIDA Berne	Conseil, sensibilisation		Berne
Santé bernoise	Conseil, thérapie, éducation, sensibilisation	Légales, illégales comportement addictif	Berne-Mittelland, Oberland, Emmental- Haute Argovie, Bienne- Seeland, Jura bernois
Croix-Bleue bernoise	Conseil, thérapie, groupes d'entraide, éducation, sensibilisation	Alcool (substance principale)	Berne-Mittelland, Oberland, Emmental- Haute Argovie, Seeland, Jura bernois
Réseau Contact	Conseil, thérapie, éducation, sensibilisation, formation	Illégales, légales	Berne-Mittelland, Oberland, Emmental- Haute Argovie, Bienne- Seeland
Fondation Contact Jura Bernois	Conseil, thérapie, sensibilisation, formation	Illégales	Jura bernois

3.3 Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique

Description de l'offre

Le traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique s'adresse à des personnes présentant une dépendance à des substances illégales et comprend l'intégration au sein d'une communauté thérapeutique et le placement individuel dans une famille d'accueil. Font partie du groupe cible en premier lieu les patients et les patientes visant l'abstinence ou suivant un traitement de substitution. Le personnel conjugue des méthodes sociothérapeuthiques, psychothérapeuthiques et socioéducatives. Les patients effectuant des séjours de moyenne et de longue durée définissent des objectifs dans tous les domaines (logement, travail, santé, relations sociales, loisirs, formation) qui sont ensuite travaillés avec le personnel. Les séjours peuvent être entrepris sur une base volontaire ou dans le cadre de mesures pénales conformément à l'article 60 du Code pénal suisse (CP)¹⁴. Ces structures proposent également un suivi après le traitement résidentiel. Le « Berner Arbeitskreis »

¹¹ Objectifs d'effet des contrats de prestations

¹² Reporting structures ambulatoires 2008-2010

¹³ Budget 2010

¹⁴ Les personnes condamnées dans le cadre d'une procédure pénale à des mesures thérapeutiques peuvent également être placées dans des établissements prévus pour l'exécution des mesures, à l'instar des établissements de Saint-Jean ; la POM est compétente en la matière.

(BEAK)¹⁵, qui regroupe nombre de ces structures, se charge de la mise en réseau en matière de sociothérapie.

Les prestations proposées par les institutions offrant un traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique poursuivent différents objectifs : sevrer les patients de la substance qui pose le plus problème, améliorer et stabiliser la situation des personnes concernées, leur permettre d'activer leurs ressources, renforcer leur aptitude à mener leur vie de façon autonome et responsable, contribuer à leur réinsertion sociale et professionnelle, planifier la réinsertion¹⁶.

Sur l'ensemble du canton, 134 patients peuvent bénéficier d'un traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique, dont 97 dans des structures thérapeutiques et 37 dans des familles d'accueil. Par année, 255 personnes en moyenne suivent un tel traitement¹⁷.

L'ensemble des acteurs proposant un traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique sont mandatés par le canton (Office des affaires sociales), avec lequel ils ont conclu un contrat de prestations. Ces séjours sont financés par des contributions cantonales (5,7 millions) et des contributions versées par l'aide sociale individuelle (4 millions). La rétribution est axée sur la prestation (jours de traitement). La totalité des moyens engagés (9,7 millions) est admise à la compensation des charges.

Acteurs

Organisation	Offre	Nb de places	Substances	Lieu / Région
Chly Linde	Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique Communautés thérapeutiques	6	Illégales	Vorderfulligen
Réseau Contact Prisma	Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique Places au sein de familles d'accueil	8	Illégales	Berne-Mittelland, Oberland, Emmental-Haute Argovie
Projet Alp	Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique Places au sein de familles d'accueil	15	Illégales	Berne-Mittelland, Oberland, Emmental-Haute Argovie
Fondation Terra Vecchia	Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique Communautés thérapeutiques Places au sein de familles d'accueil	73 14	Illégales	Kehrsatz, Schüpfen, Gümliigen, Brienzwiler, Corte (TI), Bordei (TI), Berne-Mittelland, Oberland, Emmental-Haute Argovie
Suchttherapie Bärn	Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique Communautés thérapeutiques	12	Illégales	Berne
Zueflucht	Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique Communautés thérapeutiques	6	Illégales	Adelboden

3.4 Médecine de l'addiction

Description de l'offre

La médecine de l'addiction s'articule autour de programmes de sevrage et de désaccoutumance en mode ambulatoire et résidentiel, proposés par des centres de traitement des dépendances ou des institutions psychiatriques.

¹⁵ www.bernerarbeitskreis.ch (uniquement en allemand)

¹⁶ Stratégies relatives aux partenaires d'un contrat de prestations, objectifs d'effet des contrats de prestations

¹⁷ OFS Statistique des institutions médico-sociales SOMED, 2006-2010

Les patients et les patientes suivant un programme de sevrage procèdent à une désintoxication physique d'une ou plusieurs substances, et bénéficient pour cela d'un accompagnement spécialisé. Le but des programmes de désaccoutumance en mode résidentiel est de permettre aux patients de guérir leur âme et leur corps dans une démarche globale ; pour cela, ils se voient proposer un suivi psychothérapeutique, social et socioéducatif.

Les offres proposées en matière de médecine de l'addiction poursuivent différents objectifs : permettre au patient ou à la patiente de mener à bien le sevrage physique, faire le point sur son besoin de suivi, arrêter le traitement de substitution, élaborer des stratégies visant à éviter les rechutes, stabiliser et améliorer la situation sanitaire de la personne concernée et l'aider à devenir abstinente par rapport à la substance qui pose le plus problème, planifier la réinsertion¹⁸.

Les centres de traitement des dépendances offrent, en mode résidentiel, 37 places pour le sevrage et 89 places pour la désaccoutumance. Il existe en outre 12 places dans des cliniques de jour proposant des programmes de désaccoutumance. Les services psychiatriques disposent, eux, d'unités spécialisées de 115 places pour le sevrage et la désaccoutumance. Par année, 720 personnes en moyenne suivent les programmes résidentiels des centres de traitement des dépendances¹⁹. En 2010, les services psychiatriques institutionnels ont pour leur part traité 1610 patients²⁰ en mode résidentiel dont le diagnostic principal était classifié sous F1²¹ (au sein de divisions généralistes et spécialisées).

Les programmes résidentiels de médecine de l'addiction sont pris en charge par l'assurance-maladie et par le canton. Jusqu'en 2011, les centres de traitement des dépendances sont mandatés par le canton (Office des affaires sociales), avec lequel ils ont conclu un contrat de prestations²². La rétribution est axée sur la prestation (jours de traitement). Les moyens engagés pour rétribuer ces centres s'élèvent à quelque 15,1 millions de francs²³, financés à hauteur de 9,4 millions de francs par le canton et les communes (compensation des charges). Les séjours résidentiels de patients dont le diagnostic principal est classifié sous F1 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives) dans les divisions spécialisées d'institutions psychiatriques ont coûté 30 millions de francs²⁴, pris en charge par le canton à hauteur de 17,6 millions de francs.

Acteurs

Centres de traitement des dépendances

Organisation	Offre	Nb de places ²⁵	Substances	Lieu / Région
Clinique Selhofen	Sevrage en mode résidentiel, désaccoutumance en mode résidentiel	16 4	Illégales	Berthoud
Clinique Südhang	Sevrage en mode résidentiel Désaccoutumance en mode résidentiel Clinique de jour, traitement en mode ambulatoire	18 48	Légales	Kirchlindach, Berne
Clinique Wysshölzli	Thérapie en mode résidentiel	37	Légales, troubles du comportement alimentaire	Herzogenbuchsee

¹⁸ Stratégies des partenaires contractuels, objectifs d'effet des contrats de prestations

¹⁹ OFS Statistique des institutions médico-sociales SOMED, 2006-2010

²⁰ OFS Statistique médicale 2010

²¹ CIM 10, Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

²² À partir de 2012, les centres de traitement des dépendances seront soumis à la LSH

²³ Montant versé pour rémunérer les jours de traitement en 2010

²⁴ Montant versé pour rémunérer les jours de traitement en 2010

²⁵ Uniquement les places en mode résidentiel

Institutions psychiatriques disposant de services spécialisés en médecine de l'addiction

Organisation	Offre	Nb de places ²⁶	Substances	Lieu / Région
Clinique privée Meiringen	Sevrage en mode résidentiel Désaccoutumance en mode résidentiel Traitement ambulatoire	22	Légales	Meiringen
Centre psychiatrique de Münsingen	Sevrage en mode résidentiel Désaccoutumance en mode résidentiel Traitement ambulatoire	36 14	Légales	Münsingen
Service psychiatrique Jura Bernois SPJBB	Sevrage en mode résidentiel	7	Illégales	Le Fuet
Services psychiatriques universitaires	Sevrage en mode résidentiel, traitement ambulatoire	36	Légales, illégales	Berne

3.5 Substitution**Description de l'offre**

L'offre en matière de substitution comprend les traitements avec prescription d'héroïne et les traitements avec prescription de méthadone ; elle s'adresse aux personnes dépendantes aux opiacés. Ce traitement consiste à substituer, sur prescription d'un médecin, la substance opiacée consommée illégalement par un médicament légal (par ex. la méthadone). Il est proposé par des centres spécialisés ou des médecins en cabinet, dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire avec les pharmacies et autres spécialistes. Quant au traitement avec prescription d'héroïne, il est proposé dans des centres spécialisés et consiste à diminuer progressivement la dose d'héroïne pharmaceutique ; il s'inscrit lui aussi dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire globale. Il s'adresse à des patients chez qui les autres formes de traitement ont échoué et s'accompagne de mesures somatiques, psychiatriques et socioprofessionnelles globales.

Les prestations proposées en matière de substitution poursuivent différents objectifs : intégrer le patient dans un cadre thérapeutique, améliorer ou stabiliser sa santé physique et psychique, éloigner le toxicomane des scènes de drogue, réduire sa consommation parallèle d'autres substances, diminuer les comportements délictueux, lui permettre de diminuer sa consommation, voire de devenir abstinent, l'aiguiller vers l'offre la mieux adaptée, promouvoir l'intégration sociale²⁷.

Il existe, sur l'ensemble du canton, 400 places pour des patients suivant un traitement avec prescription d'héroïne et 545 places pour des patients suivant un traitement avec prescription de méthadone²⁸. Par année, un traitement avec prescription d'héroïne est dispensé dans quelque 420 cas ; le programme méthadone est prescrit en moyenne à 2274 personnes par année²⁹, chiffre qui inclut les traitements dans les cabinets médicaux.

Les traitements avec prescription d'héroïne sont financés par les caisses-maladie et par le canton. Chaque année, environ 8 millions de francs³⁰ sont dépensés à ce titre, dont 1,2 million

²⁶ Uniquement les places en mode résidentiel

²⁷ Stratégies des partenaires contractuels

²⁸ À l'exclusion des traitements de substitution à la méthadone fournis par les médecins de premiers recours exerçant en cabinet

²⁹ Statistique de l'Office du médecin cantonal relative aux programmes de traitement de substitution à la méthadone 2006-2010

³⁰ Budget 2010

par le canton (Fonds de lutte contre la toxicomanie). Les dépenses engagées pour les traitements avec prescription de méthadone s'élèvent à environ 3,2 millions de francs³¹, pris en charge pour l'essentiel par les assurances-maladie.

Acteurs

Organisation	Offre	Nombre de places	Substances	Lieu / Région
Biwak	Traitement avec prescription d'héroïne et	50	Illégales	Berthoud
	Traitement avec prescription de méthadone	25		
Fondation Contact Jura Bernois	Traitement avec prescription de méthadone	90	Illégales	Tavannes
Réseau Contact ZAS	Traitement avec prescription de méthadone	265	Illégales	Berne
Hegebe Thun	Traitement avec prescription d'héroïne et	70	Illégales	Thoune
	Traitement avec prescription de méthadone	30		
Koda	Traitement avec prescription d'héroïne	210	Illégales	Berne
Suprax	Traitement avec prescription d'héroïne et	70	Illégales	Bienne
	Traitement avec prescription de méthadone	190		

3.6 Réduction des risques

Description de l'offre

L'offre en matière de réduction des risques poursuit des objectifs tant au niveau de l'individu que de la société. Au niveau individuel, elle offre un soutien aux toxicomanes qui ne peuvent ou ne veulent pas renoncer à leur consommation de drogue. Au niveau de la société, réduire les risques signifie que l'on limite, par des mesures appropriées, les conséquences négatives visibles de la consommation de drogues dans l'espace public.

Les programmes de réduction des risques offrent les prestations suivantes : espace d'accueil avec locaux d'injection ou d'inhalation, locaux où les toxicomanes peuvent s'asseoir et manger, distribution de matériel d'injection propre, mesures de prévention des maladies infectieuses, conseils et information facilement accessibles et hébergements d'urgence pour les sans-abris.

Les offres proposées en matière de réduction des risques poursuivent différents objectifs : réduire les risques que court le toxicomane lorsqu'il consomme de la drogue, stabiliser sa situation sanitaire, l'aiguiller vers l'offre la mieux adaptée, limiter la visibilité des drogues dans l'espace public (par ex. en réduisant le nombre de seringues qui traînent sur le sol)³².

Les prestations de trois organisations sont financées directement par le canton (Office des affaires sociales) par le biais de contrats de prestations, les autres le sont indirectement par le biais d'autorisations accordées aux communes. Au total, ces prestations coûtent 8,3 millions de francs³³, dont 6,9 millions sont pris en charge par les cantons et les communes (compensation des charges) et 1,4 million versé par le Fonds de lutte contre la toxicomanie. D'autres structures sont financées par les villes ou des bailleurs de fonds privés.

³¹ Budget 2010, uniquement pour les traitements à la méthadone dans les centres de substitution

³² Objectifs d'effet des contrats de prestations

³³ Budget 2010, montant admis à la compensation des charges, versé à partir de 2010 pour des institutions financées indirectement au bénéfice d'une autorisation

Acteurs

Organisation	Offre	Nb de places	Substances	Lieu / Région
Croix-Bleue	Espace d'accueil, distribution de nourriture, programme à accès facilité		Alcool (dépendance principale)	Berne, Langenthal
Réseau Contact Réduction des risques	Espace d'accueil et de contact, mise à disposition du matériel d'injection, conseil en milieu ouvert		Illégales, légales	Berne, Bienne, Thoun
Fondation Contact Jura Bernois	Espace d'accueil, conseil à accès facilité, distribution de nourriture, programmes d'occupation, offres d'aide à la survie		Illégales	Tavannes
Armée du Salut Passantenheim	Hébergement d'urgence	43		Berne, Bienne, Thoun
sleep-in	Hébergement d'urgence	24		Bienne
Vagos	Espace d'accueil			Bienne
Wohnhilfe Thun	Hébergement d'urgence	12		Thoun

3.7 Logement et travail

Description de l'offre

Les personnes dont la capacité de se loger et/ou de travailler de façon autonome est transitoirement ou durablement limitée en raison de troubles liés à une dépendance ou à d'autres problèmes peuvent bénéficier de prestations visant l'intégration par le logement ou le travail. Dans la plupart des cas, les bénéficiaires effectuent de tels séjours sur une base volontaire, mais certaines institutions peuvent également accueillir des personnes frappées de mesures au sens de l'art. 60 CP.

Ces structures offrent des places de longue durée ainsi que des places transitoires sous forme de programmes de logement avec accompagnement ou assistance. Pour ce qui est du travail, on y trouve des programmes d'insertion par le travail, des programmes d'occupation, une bourse d'emplois journaliers et des ateliers implantés dans le foyer. Nombreuses sont les institutions qui accueillent une population mixte, composée de toxicomanes, de personnes souffrant de problèmes psychosociaux ou d'un handicap psychique ; par conséquent, il est difficile de délimiter les prestations qui s'adressent spécialement aux toxicomanes. Une partie des prestataires de programmes de logement se sont réunis pour former un réseau appelé « Wohnkonferenz »³⁴.

Les prestations proposées en matière de logement et de travail poursuivent différents objectifs : améliorer et stabiliser les conditions de vie des bénéficiaires, leur permettre de réintégrer un logement et un emploi autonomes, de structurer leurs journées, promouvoir leur autonomie et organiser leur réinsertion³⁵.

L'offre de huit organisations est financée directement par le canton (Office des affaires sociales) par le biais de contrats de prestations, celle de huit autres est rétribuée indirectement grâce aux autorisations reçues des communes. Ces institutions offrent 570 places d'hébergement et 130 places de travail. D'autres structures encore sont financées par l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH), avec lequel elles ont conclu un contrat de prestations. Une partie de ces séjours est prise en charge au titre du financement par sujet (AI/PC, aide sociale individuelle). Au total, les institutions au bénéfice d'un financement direct et les institutions au bénéfice d'un financement indirect (sans les structures

³⁴ www.wohkonferenz.ch (uniquement en allemand)

³⁵ Stratégies relatives aux partenaires d'un contrat de prestations, objectifs d'effet des contrats de prestations

de l'OPAH) coûtent 20,8 millions de francs, dont 11,2 millions sont assumés par les communes et le canton (compensation des charges)³⁶.

Acteurs

Institutions ayant conclu un contrat de prestation de l'Office des affaires sociales

Organisation	Offre	Nbre de places	Lieu / Région
Croix-Bleue	Offre de travail Programme d'occupation Logement protégé	10 14 2	Lieux divers Berne, Langenthal Aeschried
Réseau Contact Wohnen und Arbeit	Logement protégé Logement avec accompagnement Offre de travail	8 78 90	Mittelland, Emmental-Haute Argovie, Langenthal, Oberland, Interlaken, Berne, Thoune, Bienne
Eden Wohn- und Arbeitsintegration	Logement protégé Offre de travail	29 16	Hilterfingen
Envol	Logement protégé et programme d'occupation	16	Tramelan
Foyer Schöni	Logement protégé et programme d'occupation	61	Bienne
Haus Felsenau	Logement protégé et programme d'occupation	32	Berne
Haus Gümnenen ³⁷	Logement protégé	6	Gümnenen
Monbijou Bern	Logement protégé	28	Berne
Suchttherapiebärn Bewo	Logement protégé	12	Berne

Institutions au bénéfice d'une autorisation

Organisation	Offres	Nb de places	Lieu / Région
BWD Albatros	Logement protégé	11	Berne
Casanostra	Logement avec accompagnement	104	Bienne
Frauenwohngemeinschaft	Logement protégé	12	Berne
Heilsarmee	Logement avec accompagnement	33	Berne
Schwandengut	Logement protégé	7	Schüpfen
Wohnhilfe Thun	Logement avec accompagnement	30	Thoune
Wege Weiherbühl	Logement protégé	12	Köniz
Wohnenbern	Logement protégé Logement avec accompagnement	33 50	Berne, Bümpliz

³⁶ Montant versé pour rémunérer les jours de traitement, 2010

³⁷ Reçoit des subventions; pas de contrat de prestations

3.8 Besoins financiers pour l'aide aux personnes dépendantes : résumé

Domaine	Pilotage	Dépenses à la charge du canton	Dépenses à la charge des communes	Dépenses à la charge du canton	Financement par sujet	Fonds de lutte contre la toxicomanie	Total des besoins financiers
		après décompte de la comp. des charges	après décompte de la comp. des charges	non soumis à la comp. des charges	LAMal Aide sociale AI/PC		
Conseil et thérapie ambulatoire	CP	4,7 mio	4,7 mio			1,7 mio	11,1 mio
Traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique	CP	2,85 mio	2,85 mio		4 mio		9,7 mio
Médecine de l'addiction ³⁸	CP	4,7 mio	4,7 mio		5,7 mio		15,1 mio
	Liste des hôpitaux			17,6 mio	12,4 mio		30 mio
Substitution	CP				10 mio	1,2 mio	11,2 mio
Réduction des risques	CP	2,45 mio	2,45 mio			1,4 mio	6,3 mio
	AUT	1 mio	1 mio		0,7 mio		2,7 mio
Logement et travail	CP	3,9 mio	3,9 mio		4,6 mio		12,4 mio
	AUT	1,7 mio	1,7 mio		5 mio		8,4 mio
TOTAL des besoins financiers³⁹		21,3 mio	21,3 mio	17,6 mio	42,4 mio	4,3 mio	106,9 mio

³⁸ A partir de 2012 : financement de toutes les prestations relevant de la médecine de l'addiction par le biais de la liste des hôpitaux

³⁹ Chiffres 2010 (Budgets / coût des jours de traitement effectivement dispensés)

4 Développements et besoins en prestations

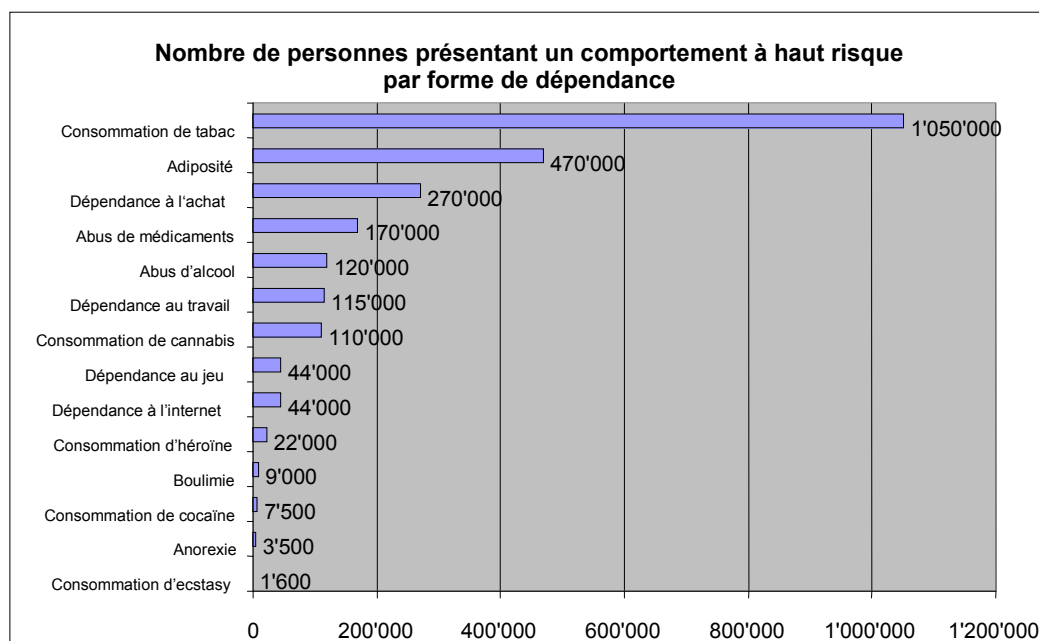
Les paragraphes suivants visent premièrement à présenter un certain nombre de données épidémiologiques relatives à la thématique de la dépendance dans son ensemble, puis à exposer des réflexions au sujet de l'acuité des problèmes, et enfin à mettre en lumière les principales tendances et ébauches de solutions qui se font jour par rapport aux besoins de prestations en matière d'aide aux personnes dépendantes dans les années à venir.

Les considérations du présent chapitre sont basées sur le rapport Spinatsch (2004) et sur la 4^e Enquête suisse sur la santé (2007)⁴⁰. Certains résultats du 4^e rapport sur la santé dans le canton de Berne ont également été pris en compte⁴¹. Afin de pouvoir tenir compte des développements et des tendances les plus récents, les messages clés du rapport Spinatsch ont été évalués au cours d'une interview (le 13 juillet 2011) avec l'experte Franziska Eckmann, directrice d'Infodrog (Centrale nationale de coordination des addictions) et complétés lorsque cela s'imposait.

4.1 Données épidémiologiques

Le tableau ci-dessous, issu du rapport Spinatsch (2004), donne un aperçu du nombre de personnes qui présentent une consommation à risque ou addictive en fonction des différentes formes de dépendance. Les chiffres proviennent essentiellement de l'Enquête suisse sur la santé (1997 et 2002)⁴².

Illustration 1



Source : Spinatsch, 2004, p. 27

Les chiffres concernant la consommation de substances psychoactives n'ont pas significativement évolué depuis. Voici les tendances que l'on peut retenir sur la base de la dernière Enquête suisse sur la santé (2007)⁴³ :

⁴⁰ Markus Spinatsch (2004). Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse ? Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances. Rapport à l'intention de l'OFSP ; le n° 2/2009 de la revue *abhängigkeiten* (en allemand) offre un bon aperçu des résultats de la 4^e Enquête suisse sur la santé (2007).

⁴¹ Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. SAP, 2010

⁴² L'Enquête suisse sur la santé est menée tous les cinq ans et livre des informations sur l'état de santé de la population ; la population résidente âgée de 15 ans et plus est interrogée. Cf.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infoteh/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/01.html, consulté le 20.10.2011

⁴³ cf. revue *abhängigkeiten* 2/2009 ; une comparaison exacte entre les données présentées dans le rapport Spinatsch et celles contenues dans l'Enquête suisse sur la santé est difficile selon les points. Néanmoins, les considérations émises permettent de faire apparaître des tendances.

- En 2002, la proportion de fumeurs âgés de 14 à 65 ans a baissé de 32 pour cent pour se situer à 27 pour cent lors des deux dernières années de prélèvement des données (2008 et 2009)⁴⁴. D'après le 4^e rapport sur la santé dans le canton de Berne, le fait de fumer ou non dépend la situation sociale. Les personnes dont le statut social est particulièrement bas fument statistiquement plus que celles ayant un statut social élevé⁴⁵.
- Entre 1997 et 2007, la proportion des hommes et des femmes dont la consommation d'alcool comporte respectivement un risque moyen et un risque élevé a légèrement diminué. La tranche des 15 à 24 ans fait exception : la proportion des consommateurs d'alcool à haut risque dans cette tranche d'âge était plus élevée en 2007 que lors des deux années sur lesquelles portait le recensement de données précédent⁴⁶. En outre, la 4^e Enquête suisse sur la santé (2007) met en évidence que 2,8 pour cent de la population ont régulièrement une consommation d'alcool à haut risque, que 8,8 pour cent de la population ont ponctuellement un comportement à haut risque (« ivresse ponctuelle excessive ») et que 2 pour cent de la population cumulent ces deux risques⁴⁷. On n'observe pas de lien apparent entre la consommation d'alcool présentant un risque pour la santé et la situation sociale des consommateurs⁴⁸. On estime que près de 300 000 personnes sont alcoolodépendantes ou courent pour le moins un risque important de le devenir⁴⁹.
- La proportion des personnes qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie a sensiblement augmenté ces dix dernières années (14,2% en 1997 contre 19,4% en 2007). Toutefois, on observe de manière générale chez les consommateurs actuels une baisse de fréquence de la consommation sur cette même période, ce qui signifie que la proportion de consommateurs quotidiens de cannabis est plus faible en 2007 (9,3%) que trois ans auparavant (14,2%)⁵⁰.
- Le rapport entre le comportement des jeunes en matière de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis et le niveau de prospérité de leur famille a été étudié dans le canton de Berne. Aucune différence constante notable n'a pu être observée dans la consommation de ces trois substances en fonction du niveau de prospérité familiale des consommateurs, tant chez les filles que chez les garçons⁵¹.
- 74,5 pour cent de la population suisse de plus de 14 ans utilise Internet quotidiennement ou plusieurs fois par semaine (2010). À titre de comparaison, cette proportion s'élevait à 55,6 pour cent en 2005 et à 26,4 pour cent en 2000. Il n'existe quasiment pas de données fiables quant au nombre de personnes cyberdépendantes⁵².
- Les conclusions d'une étude sur la dépendance aux jeux de hasard et d'argent ont fait ressortir qu'en 2005, env. 0,8 pour cent de la population adulte en Suisse présentait un comportement à risque et que 0,5 pour cent était dépendante au jeu ; cela représente env. 80 000 personnes⁵³.
- Le nombre de personnes héroïno-dépendantes est à peu près stable et est estimé aux alentours de 22 000, dont env. 17 500 suivent un traitement de substitution à la méthadone et 1 300 autres un traitement avec prescription d'héroïne⁵⁴.
- Dans l'Enquête suisse sur la santé de 2007, 4,4 pour cent des 15-39 ans ont indiqué avoir consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie. Comparé à 2002 (2,9%), cette proportion a largement augmenté. Les données concernant la consommation de

⁴⁴ cf. <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/tabac/consommation/>, consulté le 20.10.2011

⁴⁵ 35 % des personnes dont le statut social est particulièrement bas fument quotidiennement, contre 12 % seulement des personnes ayant un statut social particulièrement élevé. Cf. 4^e rapport sur la santé dans le canton de Berne, 2010, p. 53

⁴⁶ cf. <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/alcool/>, consulté le 20.10.2011

⁴⁷ Marina Delgrande Jordan, Luca Notari (2009). Problèmes immédiats en lien avec la consommation d'alcool – Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007, dans : *abhängigkeiten* 2/2009, p.16 (en allemand)

⁴⁸ cf. Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne, 2010, p. 54

⁴⁹ cf. Programme National Alcool PNA 2008-2012; <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=fr>, consulté le 20.10.2011

⁵⁰ cf. <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/cannabis/>, consulté le 20.10.2011

⁵¹ Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne, 2010, p. 33 ss.

⁵² cf. <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/cyberaddiction/>, consulté le 20.10.2011

⁵³ cf. <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/addiction-aux-jeux-de-hasard/>, consulté le 20.10.2011. La page « Addiction aux jeux de hasard » indique comme source Bondolfi, G. et al. 2008 et précise que les résultats varient en fonction de la méthode selon laquelle le nombre de personnes souffrant d'une dépendance aux jeux de hasard est déterminé.

⁵⁴ cf. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/index.html?lang=fr>, consulté le 20.10.2011

drogues illégales relevées dans le cadre de l'enquête sur la santé sous-évaluent probablement la proportion de personnes ayant consommé ce genre de drogues. En effet, il faut tenir compte du fait que toutes ces personnes ne disent pas nécessairement la vérité. Par ailleurs, il faut présumer que ce type d'enquête peine à atteindre les personnes avec une consommation élevée, puisqu'elles sont fortement marginalisées⁵⁵.

- Ces dernières années, l'importance des drogues de synthèse et des « drogues récréatives »⁵⁶, au rang desquelles figurent notamment l'ecstasy (MDMA), a augmenté. Elles se caractérisent notamment par leur faible coût de fabrication et la facilité de s'en procurer via Internet. Ces drogues sont consommées pendant les loisirs et en particulier au cours de soirées. Soulignons également l'apparition continue de nouvelles substances (légalisées et illégales), avec toutes sortes de compositions, et dont les risques sont plus ou moins difficiles à évaluer. À noter également une augmentation des consommateurs d'ecstasy par rapport à 1997 : 1,0 pour cent des personnes interrogées en 1997 contre 1,8 pour cent en 2007, tant chez les femmes que chez les hommes⁵⁷.
- La différenciation des formes de dépendance tient trop peu compte des différentes formes de consommation mixte. En particulier la consommation de drogues récréatives est souvent accompagnée, simultanément ou consécutivement, de la consommation d'autres substances, notamment l'alcool⁵⁸. La consommation mixte est également notoire chez les héroïnomanes : en plus de l'héroïne, ils ingèrent souvent de la cocaïne, des benzodiazépines et/ou de l'alcool.

4.2 Modèles de consommation et acuité des problèmes : évolution

Évaluation d'après le « rapport Spinatsch » (2004)

Le rapport Spinatsch est le premier à proposer une évaluation de l'acuité des problèmes propres à certaines formes de dépendance. Cette analyse se fonde sur une estimation, effectuée par des professionnels de la prise en charge des dépendances, des problèmes que l'addiction engendre pour la personne dépendante (dommages somatiques, psychiques, sociaux et économiques) et pour son entourage, ainsi que des coûts qu'elle occasionne à l'État. Voici le résultat de l'évaluation, tel qu'il est présenté dans le rapport⁵⁹ :

⁵⁵ cf. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/index.html?lang=fr>, consulté le 20.10.2011

⁵⁶ Les termes « drogues de synthèse », « drogues de club » ou encore « drogues festives » sont souvent employés comme synonymes pour les drogues consommées dans le cadre de soirées. Elles comprennent des drogues légales mais également illégales, telles que l'amphétamine, le LSD, le GHB/GBL, la kétamine, etc.

⁵⁷ cf. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/index.html?lang=fr>, consulté le 20.10.2011

⁵⁸ cf. http://www.fosumos.ch/praxis-suchtmittelmedizin/index.php?option=com_content&view=article&id=145&Itemid=139&lang=fr, consulté le 20.10.2011 ; 88 % des personnes interrogées parmi un échantillon d'habités de soirées rapportent avoir une consommation mixte.

⁵⁹ cf. Spinatsch, 2004, p. 11. L'évaluation a été faite en 2011. Le modèle de Spinatsch est fondé sur l'indicateur AVCI (Années de Vie Corrigées du facteur d'Invalidité, en anglais DALY ou « Disability Adjusted Life Years ») ; cf. chap.1), complété des dimensions que sont les problèmes dans l'entourage personnel et les coûts occasionnés à l'État.

Tableau 1 : acuité du problème causé par le comportement dépendant d'une personne selon la forme d'addiction, du point de vue des spécialistes (d'après Spinatsch, 2004)

	Problèmes personnels			Problèmes dans l'entourage personnel			Coûts occasionnés à l'Etat	
	Dom-mages somatiques	Dom-mages psychiques et sociaux	Dom-mages économiques	Dom-mages somatiques, psychiques et sociaux	Dom-mages économiques		Coûts médicaux et sociaux	Total
Dépendances liées à des substances								
Abus d'alcool	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1		1 1 1	18
Tabagisme	1 1 1	1 1	1	1 1	1		1 1 1	12
Abus de médicaments	1 1 1	1 1	1	1 1	1		1 1 1	12
Consommation d'héroïne	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1		1 1 1	18
Consommation de cocaïne	1 1	1 1	1 1 1	1 1	1 1		1	12
Consommation de cannabis	1	1	1	1	1		1	6
Consommation d'ecstasy	1	1	1	1	1		1	6
Troubles alimentaires								
Anorexie	1 1 1	1 1 1	1	1 1 1	1		1 1 1	14
Boulimie	1 1	1 1	1 1	1 1	1		1 1	11
Adiposité	1 1	1 1	1	1	1		1 1	9
Dépendances non liées à des substances								
Dépendance au jeu	1	1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1		1 1	14
Dépendance au travail	1 1	1 1	1	1 1 1	1		1 1	11
Dépendance au sexe*	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1		1	11
Dépendance à l'achat	1	1	1 1 1	1 1	1 1		1 1	11
Dépendance à l'Internet	1	1	1	1 1	1		1	7
Dépendance à la télévision*	1	1	1	1 1	1		1	7
Dépendance au téléphone/portable*	1	1	1 1	1	1 1		1	8
1 1 1 = acuité élevée 1 1 = acuité moyenne 1 = faible acuité								

* Sur la base des quelques éléments empiriques disponibles, il paraît plausible de conclure que ces formes de dépendance ne revêtent qu'une importance secondaire sur le plan social. Elles ne seront donc pas prises en compte dans la suite du présent document⁶⁰.

De cette évaluation ressort clairement que les spécialistes interrogés ont attribué à l'époque de l'enquête un degré d'acuité du problème particulièrement élevé à l'abus d'alcool et à la consommation d'héroïne, eu égard tant aux problèmes de la personne concernée qu'à ceux de son entourage et aux coûts occasionnés à l'Etat. Les experts ont attribué le maximum de points (18) à la consommation d'alcool et d'héroïne. La dépendance au jeu, l'anorexie, le tabagisme, l'abus de médicaments et la consommation de cocaïne totalisent entre 12 et 14 points, ce qui correspond à une acuité qualifiée de moyenne. Les autres formes de dépendances sont créditées d'une acuité plutôt faible (11 points et moins).

⁶⁰ M. Spinatsch, 2004, p. 13

En conjuguant cette évaluation de l'acuité des problèmes et la prévalence de consommateurs à haut risque (nombre de personnes concernées), le rapport Spinatsch tire les conclusions suivantes quant à l'ampleur des mesures à prendre :

Nécessité d'une action politique en matière de dépendances d'un point de vue professionnel

Nombre de personnes concernées	Acuité du problème		
	Élevée	Moyenne	Faible
400'000->1 million		Consommation de tabac	Adiposité
100'000-270'000	Abus d'alcool	Dépendance à l'achat, abus de médicaments, dépendance au travail	Consommation de cannabis
20'000-45'000	Consommation d'héroïne	Dépendance au jeu	Dépendance à l'Internet
Moins de 10 000		Consommation de cocaïne, anorexie, boulimie	Consommation d'ecstasy

Nécessité d'agir

élevée

moyenne

faible

M. Spinatsch (2004)

Evolution de l'acuité des problèmes

Par rapport à la façon dont elle avait été évaluée il y a dix ans, l'acuité des problèmes est aujourd'hui jugée comme suit :

Sur le fond, les conclusions du rapport Spinatsch au sujet de l'acuité très élevée des problèmes que posent l'abus d'alcool et la consommation d'héroïne restent valables aujourd'hui. Toutefois, une réévaluation semble s'imposer, en particulier dans la mesure où différencier les formes de dépendances semble désormais artificiel voire problématique en raison de l'accroissement de la consommation mixte, sous différentes formes. Ce constat s'applique surtout à la consommation de substances psychoactives dans le cadre de soirées ou de loisirs. En résumé, voici ce que l'on peut retenir concernant les différentes problématiques prises une à une :

- Consommation problématique dans les soirées ou dans le cadre des loisirs :
Les personnes qui consomment des substances psychoactives dans le cadre de loisirs et essentiellement de soirées sont avant tout (mais pas exclusivement) des adolescents et de jeunes adultes, qui ne sont pas tous soucieux du risque qu'ils encourent, absorbant alcool, diverses drogues de synthèse, cocaïne et en partie aussi héroïne. En général, la consommation mixte est de mise, l'alcool étant le plus souvent – puisque bon marché et aisément disponible – la substance principale. Souvent, il s'agit avant tout de « se défoncer ». Les « research chemicals » (nouvelles drogues de synthèse) jouent un rôle de plus en plus important⁶¹. Elles sont en partie légales (p. ex. engrais), en partie illégales,

⁶¹ Par Research chemicals (RC ; anciennement plutôt « drogues de synthèse »), on entend des substances chimiques psychoactives dont la structure moléculaire correspond à des variations de substances existantes (illégales) ou à des structures chimiques totalement nouvelles dont l'effet ressemble cependant à des substances existantes. C'est pourquoi ces substances sont souvent commercialisées comme des produits de remplacement légaux pour des substances illégales et déclarées sous le nom de produits détournés (p. ex. de l'engrais pour cactus ou du sel de bain). Le but principal de la production de ces substances

d'un faible coût de fabrication et sont souvent achetées via Internet. Leur composition évolue rapidement et leurs effets sont souvent imprévisibles. La consommation de substances psychoactives dans le cadre des loisirs a lieu lorsque l'on est de sortie, dans des soirées ou des festivals, mais également dans un environnement privé. L'expérience montre que la consommation ne se limite pas aux régions urbaines, mais touche également les zones rurales.

- Alcool

Lorsque l'alcool est consommé en trop grandes quantités, trop fréquemment ou dans des situations inadaptées, il peut être à l'origine de nombreux problèmes tels qu'accidents, actes criminels ou violents, voire suicides⁶². Dans la mesure où la consommation d'alcool est le troisième facteur de risque pour la santé (après le tabagisme et l'hypertension) et où elle concerne un grand nombre de personnes, des efforts particuliers sont mis en œuvre pour dépister précocement la consommation problématique et mettre en place les interventions ad hoc. Cependant, la consommation d'alcool étant culturellement acceptée, la consommation problématique ou la dépendance ne sont souvent pas perçues comme telles avant longtemps.

- Héroïne

Actuellement, l'héroïne n'attire pas tellement les néophytes. Cependant, en tant que substance, elle présente un très haut potentiel de dépendance et entraîne le plus souvent, notamment en raison de son illicéité, des effets secondaires dramatiques (criminalité liée à l'approvisionnement, prostitution, misère, etc.).

- Cocaïne

La cocaïne est la drogue dopante par excellence. D'un côté, elle occupe une position bien établie dans le milieu de la drogue en tant que substance consommée parallèlement à l'héroïne ; de l'autre, elle est largement répandue dans le milieu festif ainsi que parmi les obsédés de la performance, en tant que produit dopant. La consommation de cocaïne ne se limite plus aujourd'hui à des milieux précis (managers, top modèles, artistes), mais concerne un cercle de consommateurs de plus en plus large, qui compte notamment artisans, fonctionnaires, étudiants, etc.⁶³ Pour l'heure, les offres de conseil et de traitement adaptées aux besoins de ces groupes sont rares.

- Cannabis

Le cannabis est actuellement la drogue illégale la plus répandue en Suisse. Si, dans l'ensemble, on peut parler de consommation à faible risque, il ne faut en aucun cas négliger les risques que cette substance présente pour la santé. La consommation régulière entraîne une dépendance psychique et physique ; en outre, elle peut provoquer des psychoses chez les personnes qui ont une prédisposition en la matière (en particulier la schizophrénie)⁶⁴. La consommation problématique chez les adolescents (surtout lorsqu'elle apparaît très tôt, p. ex. chez les enfants de 11 ou 12 ans) devrait être prise au sérieux, car la consommation de cannabis peut agir comme révélateur de situations problématiques sérieuses ou de comportements à risque (violence, dépression, état suicidaire, etc.). La détection et l'intervention précoces vont gagner en importance dans ce domaine.

est de contourner les lois existantes. Le statut légal induit souvent les consommateurs en erreur quant à la sûreté de ces produits ; des erreurs peuvent aussi survenir au cours de la production légale de RC et/ou d'autres substances peuvent y être ajoutées. Le statut légal d'une substance n'est d'ailleurs pas un indicateur de sa dangerosité. La plupart des RC n'ont pas fait l'objet de recherches quant à leurs effets et surtout, on ne connaît pas les risques (à long terme) qu'elles présentent. Il est donc d'autant plus important de respecter les règles de précaution lorsque l'on en consomme. Quelques RC : méphédron, 4-fluoro-amphétamine, méthylone, m-CPP, TFMPP, etc. ; cf.

http://www.saferparty.ch/download/file/aktuelles_2010/Research_Chemicals_April_2010.pdf (en allemand), consulté le 19.7.2011

⁶² Dans le Plan National Alcool PNA 2008-2012, cf. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=fr>, une distinction est faite entre la consommation à moindre risque ou peu problématique, la consommation problématique et la consommation dépendante, la consommation problématique se sous-divisant en ivresse ponctuelle, consommation chronique et consommation inadaptée à la situation.

⁶³ cf. <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/cocaine/>, consulté le 20.10.2011

⁶⁴ cf. <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/cannabis/>, consulté le 20.10.2011

- **Cyberaddiction**

À ce jour, il n'existe pas de terme établi pour désigner le problème de la dépendance liée aux formes d'utilisation d'Internet. Le terme de cyberaddiction convient pour souligner combien le fait de se connecter constamment en ligne est un aspect important de la dépendance. On peut distinguer trois domaines spécifiques présentant un potentiel de dépendance :

- les jeux en ligne (touchent avant tout les jeunes hommes) ;
- la communication en ligne (p. ex. les « chats », cela touche surtout les femmes) ;
- la consultation de sites sexuels ou pornographiques (la proportion de jeunes hommes semble particulièrement élevée)⁶⁵.

S'agissant de la cyberaddiction ainsi que d'autres comportements addictifs (dépendance au jeu, dépendance à l'achat, troubles alimentaires, etc.), le degré d'acuité du problème, l'ampleur du trouble ainsi que la nécessité éventuelle d'intervenir restent à discuter.

4.3 Perception dans l'opinion publique et les milieux politiques

Dans le cadre de l'élaboration du programme prioritaire cantonal 2010 – 2013 dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, différents éléments ont été évalués dans le canton de Berne en 2009, dont les deux suivants : la couverture médiatique (mesurée sur la base du nombre d'articles parus dans la presse régionale entre 2006 et le printemps 2009) et l'efficacité politique (mesurée sur la base du nombre d'interventions parlementaires adoptées et des modifications législatives qui s'en sont suivies au cours de la législature alors en cours) en matière de dépendance liée au tabac, à l'alcool ou aux nouveaux médias⁶⁶.

Les conclusions de cette évaluation font état d'une bonne efficacité politique concernant l'alcool (deux interventions parlementaires adoptées et deux modifications législatives) et d'une très bonne couverture médiatique (près de 250 articles en tout sur le sujet). Concernant le tabac, l'efficacité politique a également été jugée bonne (deux interventions parlementaires adoptées et deux modifications législatives), tout comme la couverture médiatique (entre 50 et 100 articles sur le sujet). S'agissant des nouveaux médias, l'efficacité politique a été jugée moyenne (trois interventions parlementaires adoptées) et la couverture médiatique plutôt mauvaise (moins de 50 articles sur le sujet).⁶⁷

D'un point de vue encore plus récent, on peut en outre ajouter les commentaires suivants :

- **Tabac**

Ces dernières années, la tendance est à la protection des non-fumeurs. Il est désormais interdit de fumer dans la plupart des lieux publics (bureaux, trains, restaurants, etc.). C'est pour l'essentiel la société civile qui est à l'origine de cette évolution (pression publique, grandes entreprises telles que des sociétés d'aviation, les CFF, etc.), évolution qui a ensuite été entérinée par les politiques.

- **Alcool**

Dans l'opinion publique, les problèmes de consommation d'alcool concernent presque exclusivement les jeunes. Certaines mesures préventives qui les ciblent particulièrement sont incontestées (p. ex. les restrictions d'âge pour la vente d'alcool). D'autres mesures, qui vont plus loin – rendre l'accès plus difficile ou augmenter les prix – peinent à être acceptées. Des intérêts économiques entrent également en jeu à cet égard (cf. la « société des 24 heures »). La consommation problématique des adultes (y compris parmi les personnes âgées) passe de ce fait souvent au second plan. Les chiffres montrent pourtant que la majorité des personnes accueillies dans la cellule de dégrisement zurichoise, par

⁶⁵ cf. <http://www.sucht-info.ch/fr/faits-et-chiffres/cyberaddiction/>, consulté le 20.10.2011

⁶⁶ cf. Synthese : Empfehlungen für die kantonalen Schwerpunkte Gesundheitsförderung/Prävention 2010-2013 des Kantonalen Sozialamts. Document du 15.6.2009 (uniquement en allemand)

⁶⁷ ibidem, pp. 8-11 et pp. 16,17

exemple, sont âgées de 25 à 45 ans. En outre, une étude a montré que la consommation d'alcool problématique coûte un milliard de francs par année aux employeurs⁶⁸.

- Drogues illégales (héroïne et cocaïne en particulier)

La visibilité de la consommation a sensiblement évolué. Les lieux de consommation à ciel ouvert ont presque complètement disparu et lorsque de nouvelles scènes sont en formation, l'intervention est presque immédiate. Grâce au développement de l'offre (traitements de substitution à l'héroïne ou à la méthadone, structures à accès facilité tels que les centres d'accueil et de contact, échange de seringues, etc.) une grande partie des toxicomanes est désormais suivie ou accompagnée. Le problème a donc été pour ainsi dire évacué de la sphère publique.

Toutefois, il reste impératif de prendre des mesures : les risques individuels (nouveaux consommateurs) tout comme les potentiels effets négatifs sur l'entourage et la société (image d'une ville/commune, criminalité, danger lié aux seringues traînant dans les parcs, etc.) sont toujours considérables.

- Consommation problématique de substances psychoactives dans le cadre de loisirs et de soirées

Cette dernière est perçue par le public avant tout comme un « problème d'alcool ». L'opinion publique ne prend que ponctuellement conscience du problème de la consommation mixte et des nouvelles drogues de synthèse, peu onéreuses à fabriquer et aux effets souvent (encore) inconnus, par le biais des unes des journaux par exemple.

4.4 Ébauches de solutions et mesures à prendre : tendances

Compte tenu de ce qui précède, il y a fort à parier que les sujets suivants gagneront en importance au cours des prochaines années.

Détection et intervention précoces

La détection et l'intervention précoces doivent permettre de déceler une consommation ou un comportement problématiques aussi tôt que possible et de mettre en place des mesures ciblées pour y remédier. D'une part, plus les modèles de comportement et de consommation problématique sont décelés tôt, plus il est facile de les changer ; d'autre part, les individus, la société et l'État réalisent ainsi des économies. La tendance actuelle est d'identifier, avec la collaboration des partenaires importants dans chaque domaine particulier, des environnements problématiques et d'ébaucher des solutions spécifiques. Voici trois exemples de ce que l'on entend par environnement problématique.

- Jeunes :

À l'avenir, les services de l'administration et les professionnels de l'éducation, de l'action sociale, de la santé, de la justice et de la police pourront signaler aux institutions ou aux services d'aide sociale compétents les cas d'enfants ou de jeunes dont les troubles liés à l'addiction sont avérés ou supposés⁶⁹. La loi met ainsi davantage l'accent sur la détection et l'intervention précoces auprès des jeunes. Pour que ce dispositif fonctionne, trois éléments sont indispensables : un diagnostic axé sur le résultat, une collaboration étroite entre les acteurs impliqués (conseillers en éducation, tribunaux des mineurs, services sociaux, centres de traitement des dépendances) et des prestations adaptées aux différents cas (p. ex. la thérapie familiale multidimensionnelle TFM).

- Personnes âgées :

Le passage à la retraite est une phase critique. Aussi les offres axées sur la dépendance des personnes âgées (prévention, traitement, etc.) gagneront-elles forcément en importance, sans compter l'évolution démographique de la population. S'agissant de détection et d'intervention précoces, la collaboration étroite entre les professionnels des

⁶⁸ cf. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=fr&msg-id=37465>, consulté le 20.10.2011

⁶⁹ cf. art. 3c, LStup ; <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=39299>, consulté le 20.10.2011

soins de base (médecins de famille, hôpitaux), des soins à domicile et de l'aide aux personnes dépendantes est capitale.

- Consommation problématique de substances psychoactives dans le cadre des loisirs et des soirées :

Dans ce domaine, la sensibilisation et l'information des consommateurs sont primordiales, ce qui se fait en général sur place (milieu festif/clubs de nuit, monde nocturne, festivals, etc.) et repose entre autres sur des tests de drogues (contenu et composition des substances consommées) ainsi que sur un système d'alerte (indications ou alertes concernant certaines substances et leur composition, en particulier des substances récemment apparues). Au-delà de ces mesures, il convient également, le cas échéant, de faire connaître les offres de traitement aux consommateurs.

Convergence de compétences médicales et psychosociales

Les approches de traitement interdisciplinaires associant compétences médicales/psychiatriques et psychosociales/sociothérapeutiques ont désormais leur place dans de nombreux domaines de la prise en charge des dépendances. Cette collaboration doit continuer à être encouragée, ce qui suppose de veiller à ce que les apports des disciplines d'ordre médical/psychiatrique et psychosocial/sociothérapeutique soient équilibrés et bénéficient de la même légitimité. À ce titre, le modèle EVITA mis en œuvre depuis peu dans le canton de Vaud peut être cité en exemple. Il s'agit d'un dispositif d'indication et de suivi alcoologique où des groupes de deux personnes (appelés binômes) formés d'un médecin et d'un travailleur social spécialisé en alcoologie circulent, prennent en charge les patients et les aiguillent vers l'offre la mieux adaptée.

La diversité comme moyen conscient de gérer la multiplicité des cas

La diversité des personnes concernées, avec leurs besoins et leurs ressources respectifs, la multiplicité des approches disponibles ainsi que les nombreuses exigences découlant des contrats de prestations et des prescriptions en matière de qualité, représentent des défis de taille pour les institutions et les professionnels de la prise en charge des dépendances. C'est pourquoi, depuis quelque temps, le traitement conscient de la diversité, à travers le recours à des stratégies spécifiques en rapport avec l'âge, la migration, le sexe, etc., gagne en importance dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes.

5 Conclusions pour le canton de Berne

Sur la base des chapitres 1 à 4, le présent chapitre tire les conclusions qui s'imposent pour le canton de Berne et dégage les axes prioritaires à prendre en considération pour améliorer le système actuel d'aide aux personnes dépendantes.

Situation actuelle : des bases institutionnelles qui ont fait leurs preuves et une offre qui répond aux besoins

Dans le canton de Berne, l'offre est variée, riche, bien implantée dans les régions et de bonne qualité ; elle couvre les besoins dans tous les domaines de l'aide aux personnes dépendantes⁷⁰.

La LASoc, entrée en vigueur en 2003, offre au canton de Berne des bases solides, notamment dans le domaine intercantonal ; elle permet de piloter et de développer l'aide aux toxicomanes avec professionnalisme. La mise en œuvre de ce texte et l'implantation de la NOG ont transformé le pilotage et le financement de ces prestations et leur ont permis de gagner en efficacité. Cette évolution se traduit entre autres par l'introduction des contrats de prestations, la rémunération axée sur la prestation et le système de reporting, qui permet d'effectuer des comparaisons entre les différentes prestations et entre les prestataires.

La stratégie appliquée jusqu'à présent a permis d'adapter continuellement l'offre à l'évolution des besoins. Ainsi, l'on a vu par exemple des places de thérapie en mode résidentiel, pour lesquelles le besoin a faibli, être pour partie réaffectées, pour partie supprimées. Aussi, l'offre actuelle est-elle en adéquation avec les besoins, ce que révèle également l'état des lieux réalisé dans le cadre du présent projet⁷¹.

Il reste néanmoins un potentiel d'amélioration, notamment en matière d'harmonisation et de coordination de l'offre. Des besoins ont par ailleurs été identifiés dans le secteur de la détection et de l'intervention précoces, ainsi que dans le domaine des structures d'hébergement et de travail à accès facilité pour les personnes souffrant de dépendances graves et nécessitant une solution à long terme ; ce constat s'impose particulièrement pour les toxicomanes chroniques âgés nécessitant des soins⁷².

La ligne de fracture traditionnelle entre substances légales et substances illégales dans la prise en charge des dépendances ne s'est pas effacée, malgré les efforts entrepris depuis un certain temps – et le canton de Berne ne fait pas exception – pour changer d'orientation. Cette répartition en fonction du statut légal des substances reste très marquée au niveau institutionnel, en particulier dans le domaine des thérapies résidentielles : alors que les structures offrant un traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique prennent en charge exclusivement des patients souffrant de dépendances à des substances illégales, l'offre des centres de traitement des dépendances s'adresse à des personnes dépendantes à des substances légales. Cette séparation se retrouve également dans le système de financement (LAMal ou aide sociale), considéré comme non rationnel et inadéquat et créant des incitations inopportunes.

Améliorations nécessaires : axer le réseau d'aide aux personnes dépendantes sur la gestion, l'harmonisation et la coopération

Dans l'optique de la future mise au point qui s'annonce en matière d'aide aux personnes dépendantes, les conclusions suivantes s'imposent pour le canton de Berne :

Il n'est pas nécessaire de réorienter en profondeur la politique des addictions du canton. Il s'agit d'avantage de développer avec pragmatisme l'important réseau actuel et d'affiner les instruments de pilotage existants.

⁷⁰ cf. Chapitre 3 du présent rapport

⁷¹ cf. Stratégie d'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne. Analyse et pistes. Rapport de la Haute École de Lucerne du 30 novembre 2009

⁷² L'état des lieux réalisé auprès des institutions ayant participé au projet de stratégie confirme cette conclusion (sur les 35 questionnaires renvoyés, 20 contiennent des réponses en ce sens).

Le canton de Berne devra à cet égard tenir compte des cinq axes prioritaires suivants :

- Optimiser le pilotage du canton : systématiser et développer la procédure de pilotage en intégrant les acteurs du réseau compétents (culture du feedback), en s'assurant que l'offre s'adapte de manière cohérente au besoin et à l'évolution de l'acuité des problèmes. Les domaines dans lesquels les besoins les plus manifestes ont été épinglés sont la détection et l'intervention précoces, ainsi que les structures offrant des solutions à long terme aux toxicomanes chroniques.
- Grouper les acteurs : les structures manquent parfois de clarté en raison du nombre important de prestataires différents ; dès lors, il est plus difficile de les piloter et d'harmoniser l'offre. Réduire le nombre des partenaires avec lesquels le canton conclut des contrats de prestations – ce qui serait possible notamment dans le cadre d'un groupement des acteurs – permettrait d'améliorer le pilotage du système.
- Renforcer la mise en réseau et la coopération : pour répondre à la complexité croissante des problématiques, il y a lieu de renforcer la mise en réseau et la coopération – non seulement entre les institutions venant en aide aux toxicomanes, mais également au-delà, avec la psychiatrie, les médecins de premier recours, les soins à domicile, les hôpitaux, et parfois aussi avec la police, les conseillers en éducation, etc. Avec un soutien, les acteurs peuvent exploiter sur le terrain le potentiel de coopération et d'échange.
- Renforcer l'orientation client et patient : à l'heure actuelle, chaque établissement répartit les patients de manière à ce qu'ils soient pris en charge par le professionnel dont les compétences répondent le mieux à sa problématique. En développant cette démarche en amont, il serait possible de mieux faire coïncider l'offre et la demande au niveau de chaque client ou patient.
- Optimiser l'utilisation des ressources : le système financier actuel, alimenté par l'aide sociale (LASoc) et les caisses-maladie (LAMal), répercute la ligne de fracture entre substances légales et illégales, au lieu de tenir compte des critères professionnels ou économiques ; dès lors, il engendre des solutions insatisfaisantes. Employer des instruments mieux adaptés permettrait d'utiliser les ressources plus efficacement, et donc, d'enregistrer de meilleurs résultats.

Ces axes prioritaires débouchent sur des champs d'action pour lesquels le présent rapport formule des stratégies et des mesures (cf. chap. 7).

6 Lignes directrices pour l'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne

Les lignes directrices suivantes, de même que les stratégies et les mesures développées dans le chapitre suivant, se fondent sur les travaux préparatoires réalisés dans le cadre du projet « Aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne » (état des lieux, document intitulé « Stratégie politique : piliers de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale [SAP] », résultats issus de l'atelier auquel ont été conviés les représentants des institutions, cf. chap. 1). Cette réflexion repose également sur le Programme gouvernemental de législature 2011 à 2014 du canton de Berne, sur les lignes directrices rédigées par la SUGEKO, ainsi que sur les bases de la Confédération⁷³.

Ces lignes directrices doivent servir de repères pour le développement de l'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne. C'est également sur elles que reposent les stratégies et les mesures développées dans le chapitre 7.

Une politique de l'addiction intégrée

Une politique intégrée atténue les conséquences négatives qu'entraîne la dépendance, tant pour le consommateur en particulier que pour la société en général. Elle vise une consommation à faible risque de substances psychoactives. Le statut légal des substances ne constitue pas un critère primordial pour cette politique qui intègre les comportements addictifs (cyberaddiction, etc.). Un rapprochement est opéré entre les interventions addictologiques et psychosociales.

Des prestations axées sur les besoins et les résultats

Dans le canton de Berne, l'offre en matière d'aide aux personnes dépendantes est variée et adaptée aux besoins ; elle est facilement accessible aux personnes qui ont besoin d'un soutien. Elle est axée sur l'acuité concrète des problèmes en présence dans le canton de Berne.

Les nouvelles problématiques sont identifiées et anticipées et, si l'acuité des problèmes l'exige, les solutions ad hoc sont mises en place.

Complémentarité et subsidiarité

L'aide aux personnes dépendantes est un sous-domaine spécialisé et subsidiaire, conçu comme complément aux autres prestations d'ordre sanitaire et social. Les prestataires de soins de base (médecins de premiers recours, fournisseurs de soins à domicile, hôpitaux, services sociaux) sont à même de dépister les problématiques relevant des dépendances, de traiter les personnes concernées et de les conseiller avec professionnalisme et, au besoin, de les aiguiller vers la structure spécialisée la mieux adaptée.

Le canton de Berne soutient la coopération entre les fournisseurs de prestations afin d'harmoniser l'offre et s'attache à développer le système de prise en charge de la dépendance dans le sens d'un réseau s'articulant autour de différents centres de compétence.

Les personnes responsables de l'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne travaillent en réseau avec leurs collègues œuvrant dans les domaines politiques connexes, et plus particulièrement avec la Direction de la santé publique, l'Office des hôpitaux et l'Office des affaires sociales (SAP), avec la Direction de l'instruction publique et les services chargés de la formation (INS), avec les services chargés de la protection de l'enfant et de l'adulte (JCE) et avec les services chargés de la politique de sécurité (POM).

⁷³ cf. en particulier « Défi addictions. Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse », rapport rédigé conjointement par la CFAL, la CFLD et la CFPT (2010) ; Plan d'action de ProMeDro III 2006-2011, OFSP, 2006 ; Programme National Alcool 2008-2012, OFSP, 2008 ; Programme national tabac 2008-2012, OFSP, 2008.

Des prestations différenciées et facilement accessibles

Les personnes dépendantes sollicitant une aide bénéficient des prestations nécessaires au bon moment et au bon endroit. L'offre est organisée, autant que faire se peut, de manière décentralisée et couvre la totalité du canton. L'accès dans les régions est garanti.

Organisation économique

Dans un effort de rationalisation, les prestations offertes sont harmonisées entre elles et groupées. Les doublons sont évités et les synergies exploitées. Les prestations relevant de la médecine de l'addiction, financées essentiellement par la LAMal, et les prestations d'ordre psychosocial et sociothérapeutique, prises en charge par le canton et les communes dans le cadre de la LASoc, se complètent utilement. Les prestations au sein d'un même domaine sont pilotées au moyen de directives reposant sur des chiffres comparatifs ; leur rétribution est axée sur la prestation.

7 Stratégies et mesures

Les stratégies et mesures proposées ici visent à traduire dans les faits les lignes directrices dégagées dans le chapitre 6. Elles s'articulent autour des cinq champs d'action suivants :

- Champ d'action A : une offre axée sur les besoins
- Champ d'action B : des partenariats stratégiques
- Champ d'action C : mise en réseau et coopération
- Champ d'action D : des prestations axées sur le client et le patient
- Champ d'action E : ressources et qualité

Les paragraphes suivants exposent brièvement le contenu de ces champs d'action et formulent pour chacun d'entre eux une à trois orientations stratégiques qui guideront l'action du canton de Berne ces prochaines années. Ces orientations sont assorties de mesures aptes à en favoriser la mise en œuvre.

7.1 Champ d'action A : une offre axée sur les besoins

Dans le canton de Berne, l'offre en matière d'aide aux personnes dépendantes est variée, riche, et de bonne qualité. Les prestations des professionnels couvrent tous les domaines, des services de conseil et de thérapie en mode ambulatoire jusqu'à la réduction des risques et des programmes de logement et de travail, en passant par les structures proposant des traitements de substitution, des consultations en médecine de l'addiction et des traitements résidentiels à orientation sociothérapeutique (cf. chap. 3).

L'état des lieux réalisé en 2009 a mis en évidence le fait qu'à quelques rares exceptions près, l'offre existante couvrait l'ensemble des besoins. Il ne s'agit donc pas de proposer de nouvelles prestations, mais de les harmoniser entre elles et de les inscrire dans une perspective de soins globale, en les développant en fonction de l'acuité effective des problèmes.

Le canton de Berne entend à cet égard pleinement assumer sa fonction de leader par le biais de la SAP qui est l'autorité responsable en la matière, et en collaboration avec les acteurs de l'aide aux personnes dépendantes. Pour qu'il puisse remplir efficacement cette fonction, il y a lieu de développer les instruments dont il dispose ; cette évolution doit s'inscrire dans le cadre d'un processus défini et d'un modèle de pilotage qui permette de régulièrement se positionner par rapport à l'objectif visé et de prendre les mesures qui s'imposent. Avant d'agir, il y a lieu de prendre en considération le feedback donné par les professionnels sur le terrain, de le mettre en regard des axes prioritaires définis au niveau politique et des moyens financiers disponibles.

Les professionnels de l'aide aux toxicomanes sont aux premières loges pour observer l'évolution de la réalité du terrain. Il est donc primordial de s'appuyer d'abord sur les conclusions qu'ils formulent et d'être à l'affût des nouvelles problématiques qu'ils soulèvent et des tendances dont ils se font l'écho, notamment en matière de schéma de consommation et de nombre de personnes concernées.

Ces réflexions sont émises directement sur le terrain par les prestataires de service et leurs employés, c'est donc là qu'il faut aller les chercher, de manière systématique ; ensuite, les personnes en charge du pilotage analysent ce feedback et en tirent les conséquences pour la pratique et la gestion.

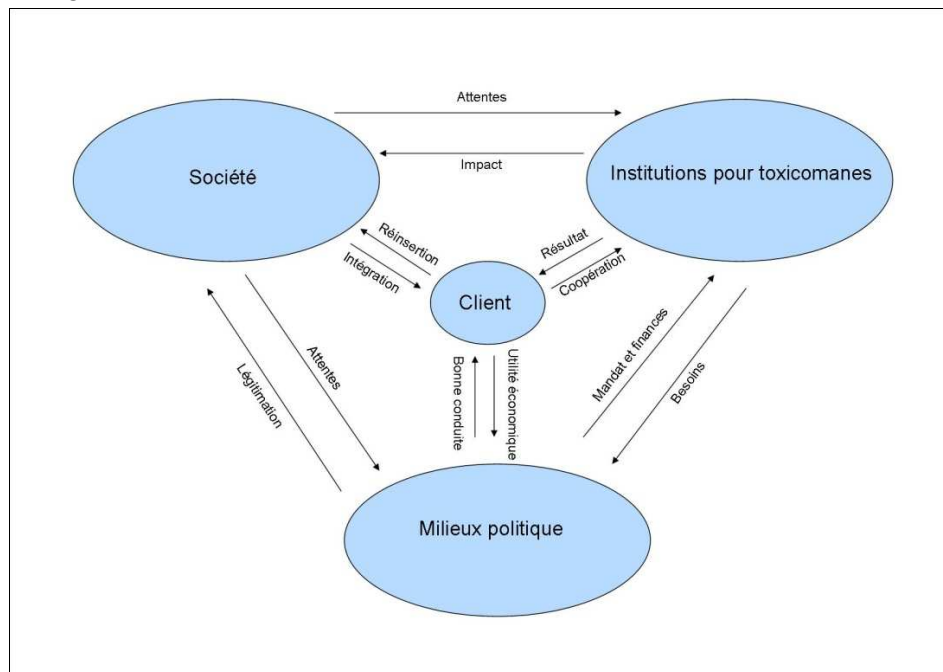
Il ne faut par ailleurs pas oublier de consulter les professionnels qui ne sont confrontés que ponctuellement aux toxicomanes, à l'instar des médecins de premiers recours, des services sociaux, etc.

Il existe encore d'autres sources d'information : les données que renvoient les institutions dans le cadre de leur reporting, les statistiques fédérales (par ex. :SOMED, act-info) et les autres études et analyses réalisées à l'échelle nationale ou cantonale.

Enfin, lorsqu'il s'agit de définir les besoins, il est indispensable de tenir compte de la dimension politique. Impossible en effet de faire l'économie des questions suivantes : d'un point de vue politique, quelles sont les priorités ? De quels moyens dispose l'aide aux

personnes dépendantes ? Quelles interventions parlementaires ont été adoptées à ce sujet et quelles sont leurs exigences ?

Il convient de rassembler et d'évaluer régulièrement ces données. Pour cela, le canton doit disposer de bons instruments. Ce cycle, qui a valeur de cartographie des processus, se déroule en continu : les institutions et les fournisseurs de prestations annoncent le besoin, le canton définit le cadre quantitatif de chaque prestation et quelle structure la prendra en charge.



Orientation stratégique : piloter en dialoguant

En pilotant le système de manière ciblée, le canton de Berne garantit que l'offre en matière d'aide aux toxicomanes correspond aux besoins. Il tient compte à cet égard de l'acuité des problèmes, tant du point de vue des toxicomanes que des réactions qu'ils provoquent dans la société.

- Mesure A1 : Développer et améliorer le cycle de pilotage s'inscrivant dans le cadre d'une politique de l'offre axée sur les besoins. Il pourrait fonctionner comme suit :
- comparer les objectifs et les résultats, notamment au moyen d'estimations rendues par les plates-formes régionales (cf. champ d'action C) et de reportings fournis par les institutions (SAP, plates-formes régionales) ;
 - procéder à une évaluation politique, fixer les priorités en tenant compte des moyens à disposition (SAP, en collaboration avec la plate-forme cantonale) ;
 - élaborer un programme de prestations d'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne (SAP) ; l'harmoniser avec les priorités définies pour le domaine Promotion de la santé et prévention ;
 - valider ce programme au moyen de manifestations invitant au dialogue (plate-forme cantonale) ;
 - formuler la version définitive de ce programme (SAP) ;
 - conclure les contrats de prestations avec les partenaires stratégiques ;
 - mettre ce programme en œuvre dans le cadre de contrats de prestations (institutions/SAP) ou d'autres instruments de pilotage ;

- évaluer et adapter ce programme, comparer à nouveau les objectifs et les résultats, en tenant compte de l'évolution prévue des besoins (SAP, plates-formes régionales).

Dans ce cadre, examiner les reportings en vue des adaptations à entreprendre, afin de pouvoir les intégrer au cycle de pilotage. Il y a lieu d'inscrire de façon plus marquée encore dans les contrats de prestations les données qui étayent le parcours de soins.

Mesure A2 :

Créer un organisme, baptisé « plate-forme cantonale », dans lequel sont représentés les partenaires stratégiques (cf. champ d'action B), les plates-formes régionales (cf. champ d'action C) et d'autres acteurs choisis (police, justice, Office fédéral de la santé publique [OFSP]). En tant qu'instance déjà existante, la SUGEKO assume la fonction de plate-forme cantonale. Sa mission et sa composition sont adaptées aux objectifs et missions assignés à la plate-forme cantonale.

Cette plate-forme, qui se réunit env. deux fois par année, est chargée en particulier de :

- discuter des développements actuels (sous l'angle professionnel, politique et financier) ;
- évaluer l'évolution des besoins, comparer les objectifs et les résultats et relever où il y a lieu d'agir en priorité ;
- planifier les nouveaux projets des partenaires stratégiques au niveau du canton et des régions (présenter les stratégies et en discuter) ;
- valider le programme de prestations du canton et enregistrer les feedbacks donnés à ce sujet.

Orientation stratégique : innover

Le canton encourage les projets à caractère novateur qui peuvent contribuer à résoudre de nouvelles problématiques. L'analyse des besoins (mesure A1) qui sera réalisée pour mettre en regard les objectifs et les résultats permettra d'identifier quelles évolutions amorcer. À l'heure actuelle, des besoins ont été identifiés en matière de détection et d'intervention précoces et de solutions d'hébergement à long terme pour les toxicomanes chroniques (y compris pour les patients âgés nécessitant des soins).

Mesure A3 :

Développer une stratégie en matière d'innovation, visant à mettre en œuvre de nouveaux projets à même de répondre aux besoins. Elle définit à quelles conditions des projets innovants sont financés et à quels critères de contrôle ils sont soumis. Leur financement est neutre en termes de coûts et s'inscrit dans le cadre du budget actuel de l'Etat, en passant par un nouveau Fonds pour l'innovation alimenté grâce à la réduction des budgets destinés aux programmes existants.

7.2 Champ d'action B : des partenariats stratégiques

Le canton de Berne dispose actuellement de diverses structures de prise en charge des dépendances, résultant d'une évolution historique. Quelque 25 institutions (ayant conclu un contrat de prestations avec l'Office des affaires sociales) offrent des prestations spécifiques, parfois difficiles à distinguer les unes des autres. L'état des lieux réalisé dans le cadre du présent projet a révélé que les prestations pourraient être largement mieux harmonisées.

Le canton souhaite donc grouper les prestations au sein d'un nombre restreint de réseaux, afin d'améliorer le système global de prise en charge des dépendances. Ces réseaux seraient pilotés par le biais de contrats de prestations conclus avec les partenaires stratégiques correspondants. Cela devrait permettre d'améliorer l'offre proposée dans chacun des domaines de soin et d'éviter que des structures parallèles ne soient financées par des fonds publics.

Les partenaires stratégiques peuvent être soit des fournisseurs de prestations individuels, soit différentes structures qui se sont engagées dans une coopération. Ils doivent remplir des exigences minimales (qualité, taille, spécialisation, accessibilité régionale). Dans le cadre du contrat de prestations conclu avec la SAP, ils veillent à harmoniser l'offre dans leur secteur et à proposer des prestations différenciées qui correspondent aux besoins.

En théorie, la prise en charge des dépendances dans le canton de Berne pourrait être organisée de différentes manières, notamment en fonction du type de prestations, de la région ou du groupe cible. La SAP a une préférence pour la première option (cf. chap. 3), qui présente les avantages suivants : cette structure s'inscrit dans la continuité (ce qui évite d'entreprendre une refonte complète), les résultats des différentes prestations sont facilement comparables entre eux au sein d'un type de prise en charge (ce qui permet de développer une « culture de l'apprentissage ») et les professionnels d'un même domaine « parlent la même langue ».

Organiser l'offre par régions (trop petites, difficultés liées à la taille critique et au professionnalisme) ou par public cible (souvent hétérogène, difficile à définir, d'autant que des recoupements sont inévitables⁷⁴) présenterait de nombreux inconvénients.

Le choix des partenaires intervient au terme d'une procédure de type coopératif⁷⁵. Les contrats ne font donc pas l'objet d'une procédure d'appel d'offres libre, puisque le canton table sur la poursuite de la collaboration avec les partenaires expérimentés qui ont fait leurs preuves.

Une institution peut être choisie – également en coopération avec d'autres fournisseurs – comme partenaire dans plusieurs domaines de prestations. La mise en œuvre ne se déroule pas selon une approche de haut en bas, mais au gré d'un dialogue avec les différents acteurs de chaque domaine. Le canton de Berne, et plus précisément la SAP, entretient avec les professionnels de l'aide aux personnes dépendantes des relations fondées sur la confiance, qui n'a de cesse d'être cultivée, et réciproquement.

Orientation stratégique : conclure des partenariats stratégiques dans six domaines

Dans chacun des six domaines de prestations suivants, le canton de Berne cherche à conclure un ou deux partenariats stratégiques :

- conseil et thérapie ambulatoire
- traitement résidentiel à orientation sociothérapeutique
- médecine de l'addiction
- substitution
- réduction des risques
- logement et travail

Les partenaires stratégiques peuvent être soit des fournisseurs de prestations individuels, soit différentes structures qui se sont engagées dans une coopération.

Mesure B1 : Conclure des partenariats stratégiques dans les six domaines de prestations pour la période 2012-2014/15, dans le cadre de contrats de prestations et d'autres instruments de pilotage en ce qui concerne la médecine de l'addiction⁷⁶. Pour ce qui est du secteur du logement et du travail, dans un premier temps, seules les structures financées

⁷⁴ cf. les discussions qui ont porté sur ce sujet lors des ateliers de l'automne/hiver 2010

⁷⁵ Dans une procédure de type coopératif – par opposition à celle de type concurrentiel – le mandant n'adjuge pas les prestations dans le cadre d'un appel d'offres public formel, mais invite directement les fournisseurs de prestations jugés appropriés à soumettre une offre ou à passer des négociations contractuelles. Cette approche est surtout indiquée lorsqu'il y a lieu de cultiver et développer des coopérations bien établies dans un système donné et que les relations de confiance entre mandant et fournisseur de prestations sont jugées essentielles. Cf. Ruth Hoogland & Lester M. Salomon (2002). *Purchase-of-Service Contracting*, in : L.M. Salomon (éd.), *The Tools of Government. A Guide to the New Governance*, Oxford/New York : Oxford University Press, pp. 322 ss.

⁷⁶ Pour la médecine de l'addiction, le partenariat stratégique s'inscrit dans le cadre des stratégies et des mesures fixées pour la psychiatrie dans la planification des soins 2011-2014.

directement par le canton sont intégrées. A moyen terme, il convient de viser une collaboration verticale au fil du parcours de soins.

7.3 Champ d'action C : mise en réseau et coopération

Issue d'une évolution historique, la structure des soins en matière de dépendances est très fragmentée dans le canton de Berne. Elle est fortement marquée par les différentes disciplines (médecine, soin, travail social, pédagogie sociale, psychologie) et se répartit entre institutions dispensant des soins en mode résidentiel et en mode ambulatoire et entre structures spécialisées dans le traitement des addictions au sens strict et de nombreux services des soins de base, recevant, à l'occasion des personnes aux prises avec un problème de dépendances (médecins de premiers recours, soins à domicile, hôpitaux, services sociaux). Ces dernières années, de nombreuses initiatives visant à améliorer la mise en réseau et la collaboration ont été lancées, afin de répondre à l'évolution des problématiques. Le canton favorise cette tendance, en mettant l'accent sur :

- la mise en réseau et la coopération entre les institutions prenant en charge des personnes souffrant de dépendances. À cet égard, on veillera en particulier à garantir la perméabilité entre les domaines de soins, à promouvoir la coopération entre les disciplines à vocation médicale et psychosociale, à améliorer l'harmonisation des prestations et à entretenir la collaboration entre les différents acteurs de la région ;
- la mise en réseau des acteurs du monde de l'addiction avec ceux de la psychiatrie et des soins de base (médecins de premiers recours, soins à domicile, hôpitaux, services sociaux), afin d'aboutir à des initiatives et des projets portant sur des problématiques spécifiques ;
- la mise en réseau avec les domaines connexes et chevauchants (par ex. la police, les conseillers en éducation, les écoles). Dans ce contexte, il s'agit en premier lieu de sensibiliser et de faire circuler les informations, notamment concernant les lieux d'accueil ;
- la mise en réseau au niveau intercantonal et national. L'échange d'informations au sujet d'instruments utilisés et d'expériences faites dans d'autres cantons et pays est cultivé.

Orientation stratégique : plates-formes régionales

La mise en réseau concrète doit être menée sur le terrain, au niveau régional. Pour cela, il est indispensable que les institutions et leur personnel aient connaissance de l'offre dans leur région et échangent régulièrement sur la meilleure manière de la développer (cf. le champ d'action A « Une offre axée sur les besoins »).

Mesure C1 : Mettre sur pied quatre ou cinq plates-formes régionales dans le canton de Berne (qui coïncident avec les régions administratives).

Elles ont les missions et objectifs suivants :

- discuter des besoins, comparer les objectifs et les résultats, émettre des recommandations à l'intention du canton (SAP) et de la plate-forme cantonale (cf. mesures A1 et A2) ;
- échanger au sujet des prestations des institutions et faire circuler l'information (par ex. en familiarisant le personnel des institutions concernées, en proposant des formations dont le but est de faire connaître les prestations offertes dans la région) ;
- inciter à la mise en réseau et à la coopération au-delà des domaines de soins.

Ces plates-formes régionales sont formées de représentants des partenaires stratégiques actifs dans la région, des services psychiatriques régionaux, des responsables communaux en matière d'addiction et du canton. Si possible, y intégrer également des partenaires importants des soins de base dans la région et les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention.

Les plates-formes régionales sont mises sur pied en tenant compte des structures de mise en réseau existantes. A cet égard, on analysera, dans la mesure des besoins, les objectifs, la composition et les activités des structures de collaboration et de mise en réseau, afin de prendre la mesure de ce qui a déjà été créé.

Le canton assure la mise sur pied et l'exploitation des plates-formes régionales.

7.4 Champ d'action D : des prestations axées sur le client et le patient

A l'heure actuelle, les prestations relevant de la prise en charge des dépendances sont facilement accessibles, organisées de façon décentralisée et au plus près des problématiques, système qui a fait ses preuves. Toutefois, dans les conditions présentes, les différentes structures s'inscrivent en premier lieu dans une optique économique à court terme qui se cantonne à leur établissement, ce qui est compréhensible. Une perspective plus ample et transcendante mais ne perdant pas pour autant son ancrage technique, qui serait axée sur l'amélioration de la situation du patient à plus long terme, fait aujourd'hui défaut. Une évaluation réalisée par des professionnels dotés de compétences médicales et psychosociales permettrait d'aiguiller chacune des personnes concernées vers l'offre qui correspond le mieux à ses besoins au stade présent de son évolution (système d'appariement)⁷⁷. Le but d'une telle démarche est d'améliorer l'efficacité, et, partant, de réaliser des économies. Les structures à accès facilité permettant aux personnes les plus marginalisées d'accéder au système doivent être consolidées, en tenant encore mieux compte de la diversité du public cible.

Orientation stratégique : système d'appariement

La SAP dispose de toutes les bases et informations nécessaires (en particulier des données nécessaires en termes d'efficacité, de coûts, d'économicité et de faisabilité) pour décider de l'opportunité de mettre sur pied un système d'appariement (modèle de tri et d'indication) couvrant l'ensemble du canton.

- Mesure D1 : Mettre au point un instrument cohérent (développer la matrice) ; concevoir un modèle de tri et l'introduire dans le cadre de projets pilotes dans trois régions choisies ; comparer le système de tri avec le statu quo et décider de l'opportunité de généraliser la mise en œuvre de ce modèle à l'ensemble du canton.
- Mesure D2 : Mener à bien le projet pilote « Case Management » dans le cadre de la réduction des risques en coopération avec la ville de Berne ; procéder à son évaluation et, en fonction des résultats, le généraliser à l'ensemble du canton.

Orientation stratégique : diversité

Dans le canton de Berne, l'offre en matière de prise en charge des dépendances tient compte des besoins particuliers des personnes en fonction de leur statut migratoire, de leur âge et de leur genre.

- Mesure D3 : Le canton prescrit l'élaboration d'une stratégie simple relative à la diversité dans les contrats de prestations qu'il conclut avec les partenaires stratégiques. La SAP formule les lignes directrices.

⁷⁷ Une première version d'une grille d'évaluation a été développée dans le cadre du projet « Aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne ». Cf. Suchthilfestrategie Kanton Bern: Fachliche Ziele und Leistungen ; rapport final du 1^{er} mars 2011 (uniquement en allemand).

7.5 Champ d'action E : ressources et qualité

Les ressources nécessaires en termes de financement et de personnel pour la prise en charge des addictions, de même que les ressources dont disposent les soins de base en général, constituent l'armature sur laquelle repose un système de soins qui répond avec efficacité et efficience à cette problématique. Ces ressources doivent donc être soignées, utilisées de la meilleure manière possible et à l'endroit où cela est le plus bénéfique pour le système.

Le financement de ces prestations provient à l'heure actuelle de deux sources : il y a d'une part les structures qui entrent dans le cadre de la LSH et de la LAMal, d'autre part les offres d'ordre psychosocial et sociothérapeutique prises en charge par le canton et les communes. Ces deux catégories de prestations ont des effets complémentaires et sont toutes deux nécessaires. Or elles dépendent de systèmes de financement distincts, qui imposent des conditions et des prestations inégales. Ce constat est particulièrement clair dans le secteur de la thérapie résidentielle, où le volet de médecine de l'addiction, rétribué par la LAMal, jouit d'une marge de manœuvre plus importante. Cette situation, résultat de l'évolution historique, fondée essentiellement sur la séparation entre dépendances à des substances légales et à des substances illégales – dont la pratique montre chaque jour les limites d'une manière plus criante (cf. la consommation mixte) –, entraîne des inégalités de traitement et des incitations inopportunes. Le régime de financement empêche en effet que les patients soient aiguillés vers l'offre qui correspond, du point de vue professionnel, au plus près à leurs besoins.

Il y a en outre lieu d'augmenter de façon ciblée les ressources à la disposition des soins de base, en particulier des services psychiatriques, des soins à domicile et des médecins de premiers recours et hospitaliers, surtout dans le cadre des prestations qu'ils offrent aux toxicomanes. Cela permettrait de déceler rapidement les problèmes et de prendre les mesures ad hoc, ce qui a un impact direct sur les coûts.

Orientation stratégique : système de financement

Sont examinés le système de financement en vigueur et les possibilités de l'améliorer pour permettre que la répartition des patients entre le volet médical, financé en premier lieu par la LSH et la LAMal, et le volet sociothérapeutique, pris en charge par le canton et les communes dans le cadre de la répartition des charges, se fonde exclusivement sur des critères professionnels, et non sur le statut légal de la substance consommée.

Dans son sillon, cette démarche entraîne une amélioration de la coopération entre les structures médicales et sociothérapeutiques, les deux domaines étant, de fait, rapprochés. Ce problème se posant au niveau national, le canton cherche des solutions dans le cadre des structures intercantionales existantes.

Mesure E1 : Procéder à une analyse des structures de financement dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes, en mettant l'accent sur les différences entre le volet de médecine de l'addiction (financement par le biais de la LSH et de la LAMal) et le volet sociothérapeutique (rémunération par les cantons et les communes). Faire le point sur les améliorations possibles, sur une structure de financement qui permettrait de faire dépendre la prise en charge proposée au patient uniquement de critères professionnels et non du statut légal de la substance consommée.

Pour ce projet, le canton sollicite la collaboration d'autres cantons.

Il apparaît à l'examen du système de financement existant que tous les partenaires au bénéfice d'un contrat de prestations ne sont pas rétribués selon les mêmes modalités. Alors que les institutions accueillant des patients en mode résidentiel perçoivent une rétribution axée sur les prestations, les structures dispensant conseil et thérapie en mode ambulatoire sont financées dans le cadre d'une enveloppe budgétaire.

Mesure E2 : Viser une harmonisation des modalités de financement des partenaires au bénéfice d'un contrat de prestations, l'objectif étant d'introduire une rétribution axée sur les prestations dans tous les domaines.

Orientation stratégique : soutien des fournisseurs de soins de base en matière d'addictions

Les soins de base disposent de structures facilement accessibles et en prise directe avec les réalités du terrain, en particulier les médecins de premier recours et les médecins hospitaliers. Ils sont sensibilisés au sujet des addictions et capables de déceler les problèmes auxquels leurs patients pourraient être confrontés. Ils reçoivent par ailleurs le soutien dont ils ont besoin pour répondre à ce genre de situations.

Mesure E3 : Entreprendre le projet « FOSUM Suisse du Nord-Est » pour soutenir les fournisseurs de soins médicaux de base (médecins de premier recours et hospitaliers, pharmaciens, psychiatres installés, etc.)

Il comprend essentiellement deux éléments :

- FOSUM est représenté au sein du réseau « Praticien Addiction Suisse » et profite du projet national. La page Internet trilingue créée pour ce projet (www.praticien-addiction.ch) propose, dans son guide disponible en ligne, des recommandations pratiques pour dépister et traiter les personnes présentant des conduites addictives. Un service de renseignements par courrier électronique a également été mis en place pour répondre à des questions relevant de la médecine de l'addiction.
- FOSUM prend exemple sur le réseau actif en Suisse orientale (Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS) et organise des groupes de parole régionaux dans le canton de Berne (par ex. pour aborder des exemples, pour proposer des exposés portant sur la médecine de l'addiction). Dans la mesure du possible, les synergies entre les groupes de parole régionaux FOSUM et les plates-formes régionales sont exploitées.

Mesure E4 : Développer un projet visant à soutenir les organisations de soins à domicile, qui met l'accent sur les points suivants :

- développer et proposer un programme de formation continue sur des sujets concernant les dépendances, afin de renforcer les compétences du personnel des soins à domicile en la matière ;
- développer et mettre en œuvre un projet de coaching du personnel dispensant des soins à domicile dans le cadre duquel les questions survenues dans la pratique peuvent être abordées.

8 Mise en œuvre

Les mesures seront concrétisées plus avant dans une étape ultérieure. Afin de faciliter leur mise en œuvre, un document présentera, pour chacune d'entre elles, les éléments suivants : contexte, objectif, services concernés, service responsable, agenda assorti des étapes-clés, coûts et financement.

Les mesures seront mises en œuvre progressivement entre 2012 et 2015, sans incidence sur les finances.

9 Proposition au Grand Conseil

Le Conseil-exécutif propose au Grand Conseil de prendre connaissance du rapport.

Berne, le 21 décembre 2011 / ACE 2191

Au nom du Conseil-exécutif

Le président: Pulver

Le chancelier: Nuspliger