

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires
Lausanne

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

LES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE
DE LA CONFÉDÉRATION EN MATIÈRE
DE DROGUES ILLÉGALES :
MONITORING 1999-2000

Etude menée dans le cadre de l'évaluation globale
du ProMeDro, 4ème phase 1999-2003

*Christophe Kellerhals, Ralph Thomas, Patrick Morency,
Frank Zobel, Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par :

Office fédéral de la santé publique, Berne
Contrat n° 99.001344

Citation suggérée :

Kellerhals C, Thomas R, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F.
Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de
drogues illégales : monitoring 1999-2000. Etude menée dans le
cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4ème phase 1999-
2003. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et
préventive, 2002 (Raisons de santé, 77)

Remerciements :

Nos remerciements vont à tous les collaborateurs du ProMeDro de
l'Office fédéral de la santé publique ainsi qu'au secrétariat de
l'UEPP (Myriam Maeder et Kirsten Sandberg-Christensen).

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIÈRES

	Résumé	5
	Zusammenfassung	6
1	Introduction	7
2	Méthode	8
2.1	Questions d'évaluation	8
2.2	Identification et délimitation du programme	8
2.3	Collecte de l'information	9
2.4	Traitement de l'information	10
3	Prévention	11
3.1	Introduction	11
3.2	Indicateurs de mise en œuvre	13
3.3	Appréciation	19
4	Thérapies	25
4.1	Introduction	25
4.2	Indicateurs de la mise en œuvre	26
4.3	Appréciation	30
5	Réduction des risques	34
5.1	Introduction	34
5.2	Indicateurs de mise en oeuvre	35
5.3	Appréciation	37
6	Formation	39
6.1	Introduction	39
6.2	Indicateurs de mise en oeuvre	40
6.3	Appréciation	44
7	Coordination nationale	46
7.1	Introduction	46
7.2	Indicateurs de mise en oeuvre	47
7.3	Appréciation	49
8	Migration et santé	50
8.1	Introduction	50
8.2	Indicateurs de mise en œuvre	52
8.3	Appréciation	55
9	Epidémiologie	58
9.1	Introduction	58
9.2	Indicateurs de mise en oeuvre	59
9.3	Appréciation	61

10	Recherche	63
10.1	Introduction	63
10.2	Suivi des indicateurs	63
10.3	Appréciation	64
11	Evaluation	66
11.1	Introduction	66
11.2	Indicateurs de mise en oeuvre	66
11.3	Appréciation	68
12	Annexes	70
12.1	Un exemple de formulaire de suivi (extrait)	71
12.2	Groupes de travail du projet Act-Info	72
12.3	Recherches et valorisations en cours en 1999, 2000 et 2001	73
13	Références bibliographiques	76

RÉSUMÉ

Objet

Un suivi de la mise en œuvre du programme de mesures de santé publique de la Confédération pour réduire les problèmes de drogues (ProMeDro) a été effectué pour les années 1999 et 2000. Ce *monitoring* a pour objectif de produire une partie de l'information nécessaire à l'évaluation globale de ce programme et d'apprécier l'évolution de sa mise en œuvre et de ses réalisations.

Méthode

Suite à une démarche de mise à jour des objectifs du programme et à la définition d'indicateurs permettant d'apprécier sa mise en œuvre, un inventaire systématique de l'ensemble des contrats, mesures, ressources et réalisations pouvant être attribuées au ProMeDro a été réalisé en 1999 et en 2000. Dans ce but l'ensemble des gestionnaires du programme (une vingtaine) ont été rencontrés à deux reprises pour identifier les activités de l'année précédente et leur déroulement. La documentation produite dans le cadre des projets participants du programme a également été rassemblée et analysée. En parallèle, une application a été développée sur le logiciel *Microsoft® Access* pour centraliser et répertorier ces données.

Résultats

Le monitoring 1999-2000 permet d'établir avec précision le contenu du programme et son évolution. Pour chaque domaine du ProMeDro (prévention, thérapies, etc.) sont présentés les ressources investies, le processus de mise en œuvre des mesures, les réalisations obtenues ainsi qu'une appréciation de celles-ci en regard des objectifs fixés.

ZUSAMMENFASSUNG

Zielsetzung

In den Jahren 1999 und 2000 wurde die Umsetzung des Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) einer Prüfung unterzogen. Dieses *Monitoring* sollte einen Teil der für die Gesamtevaluation des Programms benötigten Informationen liefern und dessen Umsetzung sowie die erzielten Ergebnisse bewerten.

Methode

Zunächst wurden die Ziele des Programms aktualisiert und Indikatoren definiert, mit denen dessen Umsetzung bewertet werden konnte. Anschliessend wurde 1999 und 2000 ein vollständiges Verzeichnis aller Verträge, Massnahmen, Ressourcen und konkreten Ergebnisse, die dem MaPaDro zugeordnet werden konnten, erstellt. Zu diesem Zweck fanden zwei Treffen mit sämtlichen Programmverantwortlichen (etwa zwanzig an der Zahl) statt, um die Aktivitäten des vorangegangenen Jahres und deren Ablauf festzuhalten. Die im Rahmen der Partnerprojekte des Programms erstellte Dokumentation wurde ebenfalls zusammengetragen und analysiert. Gleichzeitig entwickelte man eine Applikation auf der Basis des Programms *Microsoft® Access*, um diese Daten zentral zu sammeln und zu erfassen.

Ergebnisse

Dank dem Monitoring 1999-2000 lässt sich der Inhalt des Programms und dessen Entwicklung präzise darstellen. Für jeden Bereich des MaPaDro (Prävention, Therapien usw.) werden die investierten Ressourcen, das zur Durchführung der Massnahmen verwendete Verfahren, die erzielten Ergebnisse sowie eine Bewertung dieser Ergebnisse anhand der anvisierten Ziele angegeben.

1 INTRODUCTION

La politique suisse en matière de drogue repose sur le modèle des " quatre piliers " caractérisé par des interventions de prévention, de thérapie, de réduction des risques et de répression. Ce modèle est généralement repris par les cantons et adapté aux particularités régionales.

En 1991, la Confédération lance un premier train de mesures, intitulé " ProMeDro ", pour les trois premiers piliers relatifs aux questions de santé¹. Ce programme est administré par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le dernier pilier, celui de la répression, concerne l'Office fédéral de la police (OFP) et est principalement axé sur la lutte contre le trafic de stupéfiants et le blanchiment d'argent.

En 1998, le Conseil fédéral lance un deuxième train de mesures de santé publique en matière de drogue pour la période 1998-2002². Ce programme reprend une grande partie des mesures appliquées dès 1991^{1,3} et lui assortit de nouvelles orientations, priorités et de nouveaux modes d'intervention⁴. Ce programme est doté d'une évaluation globale qui se charge, entre autre, du suivi de la mise en œuvre pendant cette période⁵. Le présent rapport décrit la mise en œuvre du ProMeDro durant deux années, 1999 et 2000.

Effectuer le suivi de la mise en œuvre (ci-après monitoring) d'un programme permet d'en connaître la véritable teneur, à savoir les mesures concrètes qui ont été prises sur la base des principes généraux et de la stratégie globale qui ont été édictés. Il s'agit d'observer, de décrire ce qui a pu être réalisé, les ressources investies et utilisées, les réalisations, les résultats, etc., et de confronter ces données avec les objectifs poursuivis par le programme. Cette description systématique permet de visualiser la partie concrète, opérationnelle du programme. Sans ce monitoring, les évaluateurs ne peuvent savoir ce qui est véritablement réalisé, les facteurs qui facilitent ou qui empêchent la mise en œuvre, ce qui fait que le programme fonctionne ou ne fonctionne pas⁶. Un monitoring permet d'identifier les éléments du programme qui nécessiteraient des améliorations ou des changements de cap. Cela nécessite évidemment que le programme soit à un stade suffisant de mise en œuvre. Après quelques années d'existence d'un programme, un monitoring peut aussi être utile, car des modifications importantes peuvent être apportées sans que les principes de bases ne soient remis en question.

Pour observer une quelconque évolution, un monitoring a besoin de données de base, de repères : il faut expliciter les objectifs poursuivis, les mesures entreprises et identifier les indicateurs qui permettront de documenter l'atteinte de ces objectifs^{7,8}. Ces données de base ont été élaborées lors d'étapes préalables au monitoring. Ainsi, l'évaluation a, dans un premier temps, récolté de manière systématique quels étaient les objectifs principaux poursuivis par le programme, ainsi que les objectifs spécifiques à chaque domaine d'intervention (prévention, thérapie, réduction des risques, etc.). Cette stratégie a été relevée à deux reprises⁹, au moment du lancement du programme (1998), puis à mi-parcours (2000). Ensuite, et sur la base de ces objectifs, l'évaluation a procédé à une sélection d'indicateurs. Ceux-ci ont été rassemblés dans un système d'information¹⁰ qui rassemble les questions d'évaluation, les indicateurs retenus et les sources d'informations disponibles. Le suivi de la stratégie et le système d'information constituent donc les documents de base utilisés dans le cadre de ce monitoring.

2 MÉTHODE

2.1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Les questions d'évaluation sont issues du protocole d'évaluation globale⁵ :

1. Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du ProMeDro ?
2. Quel contrôle exerce-t-il sur le développement de son action ?
3. Quels sont les problèmes rencontrés et les moyens trouvés pour y remédier ?
4. Est-ce que le ProMeDro s'intègre adéquatement dans l'ensemble des mesures prises en Suisse par d'autres partenaires (cantons, organisations, institutions) ? A quelles conditions ?
5. Quelles actions sont entreprises et leurs résultats (outputs intermédiaires), notamment en regard des informations en provenance des indicateurs (système d'information) ?

2.2 IDENTIFICATION ET DÉLIMITATION DU PROGRAMME

Diverses approches peuvent être choisies pour identifier et délimiter un programme de mesures. Les critères permettant le délimiter l'objet peuvent en effet être thématiques, budgétaires ou organisationnels. Pour le présent travail, deux options méthodologiques importantes ont été prises :

1. Pour délimiter le programme, donc sélectionner ce qui en fait ou n'en fait pas partie, l'approche retenue consiste à identifier avec les gestionnaires du programme les mesures et les ressources (humaines et financières) que l'on peut rattacher au ProMeDro. C'est une manière, parmi d'autres, de définir les contours exacts d'un programme. Cela permet de mesurer ensuite les réalisations et résultats obtenus dans ce cadre-là.
2. Pour regrouper les mesures identifiées, nous avons opté pour la classification utilisées par les collaborateurs de l'OFSP, c'est à dire les dix " domaines " d'intervention : thérapie, prévention, réduction des risques, migration et santé, formation, coordination nationale, campagne, épidémiologie, recherche, évaluation⁴.

Ces options méthodologiques ont l'avantage d'instaurer un langage commun entre l'équipe d'évaluation et les gestionnaires du programme, et ainsi éviter le plus possible les malentendus. Cet aspect est particulièrement important puisque l'accès au contenu précis du programme ne peut se faire autrement que par le biais des personnes impliquées dans sa gestion. Enfin ces options permettent d'aborder tous les thèmes importants du programme et nous ont semblé les plus adéquates en fonction du contexte en présence.

Toutefois, ces options ont aussi des limites. Le fait de demander aux gestionnaires du programme quelles sont les mesures entreprises implique que ceux-ci peuvent omettre certaines mesures du programme, ou ajouter des mesures qui n'en feraient pas partie selon l'interprétation d'autres collaborateurs, ceci notamment pour les mesures qui relèvent de notion plus générales, comme celles de la dépendance ou de la promotion de la santé. En effet certains choix se sont avérés difficiles à faire et c'est parfois plus pour des raisons historiques que pratiques que certaines mesures sont attribuées au ProMeDro. Les conséquences sont que l'évaluation a, par endroits, suivi la mise en œuvre et comptabilisé des mesures qui ne font probablement pas partie du programme au sens d'une définition stricte de " mesures en vue de réduire les problèmes de drogue ". Dans les cas des omissions, c'est au contraire l'exhaustivité des mesures attribuées au programme qui est fragilisée. Toutefois cette sélection constitue une base de travail qui permet d'avoir une description de l'étendue du programme, y compris de ces zones " floues ".

Une autre limite provient du découpage par domaines qui a été utilisé. Cette classification thématique ne coïncide pas complètement avec d'autres classifications en vigueur à l'OFSP, et qui permettraient elles aussi de délimiter le ProMeDro. Ainsi un découpage par catégories budgétaires serait également possible, en distinguant les fonds desquels proviennent le financement des projets (Recherche, Prévention générale, Prévention de l'usage des drogues, Prévention du sida, etc.). Un autre découpage serait celui de la classification organisationnelle qui reprendrait la distinction entre les différentes sections (intervention drogue, conception et recherche, etc.) ou divisions (Dépendance et sida, Santé publique, etc.) de l'OFSP.

2.3 COLLECTE DE L'INFORMATION

Les informations de ce monitoring proviennent de quatre sources différentes :

a) Le formulaire de suivi^a

C'est un document descriptif qui contient des questions sur les indicateurs de ressources et de réalisations pour un domaine spécifique. Il est élaboré d'après les questions et indicateurs contenus dans le système d'information¹⁰. Il y a un formulaire de suivi différent pour chaque domaine d'intervention^b. Ce formulaire est envoyé au responsable du domaine d'intervention concerné à l'OFSP, pour être rempli et remis aux évaluateurs lors de leur visite annuelle.

b) Les entretiens de suivi

Au rythme d'un entretien par année, les responsables du programme sont questionnés sur les aspects qualitatifs de la mise en œuvre des projets dont ils ont la charge. Ces entretiens portent essentiellement sur le processus. Ils permettent également de récolter les formulaires de suivi et la documentation relative aux activités prévues ou entreprises. Dans bien des cas, les formulaires de suivi ont été complétés à l'occasion de cet entretien, ce qui en a prolongé la durée (2 à 3 heures en moyenne), ou ont été complétés par l'évaluateur lui-même, en se référant aux documents récoltés. Les entretiens de suivi ont eu lieu en novembre 2000 pour l'exercice 1999, et entre le mois d'avril et de juin 2001 pour l'exercice 2000. Pour chaque domaine, un ou plusieurs responsables ont été rencontrés. Au total, 18 collaborateurs de l'OFSP ont participé à ces entretiens de suivi.

c) Les contacts ponctuels

Durant l'accompagnement de ce programme, l'équipe en charge de l'évaluation est en contact à maintes reprises avec les collaborateurs en charge de ce programme à l'OFSP. Ils peuvent ainsi compléter leur information par des échanges informels d'information. A la suite des entretiens de suivi, l'analyse de l'information récoltée génère également un certain nombre de petites vérifications ou de récolte de compléments d'information, opérations effectuées lors de visites à l'OFSP, d'échanges téléphoniques ou de courrier électronique.

d) Les documents récoltés

Le suivi des activités et des réalisations peut aussi être effectué au moyen des documents existants, comme des rapports d'activités, des publications ou des évaluations de projets. Depuis l'introduction des nouveaux contrats de l'OFSP, ces documents sont également devenus une source appréciable d'information, car les budgets et certains indicateurs de réalisation y sont décrits en détail. Ces documents sont récoltés soit lors

^a Voir l'extrait en annexe 12.1.

^b Ces 10 formulaires représentent : 80 mesures, 46 recherches, 10 évaluations, 167 pages au total.

des entretiens de suivi, soit au cours de l'année par l'activité de documentation réalisée dans le cadre de cette évaluation^c.

2.4 TRAITEMENT DE L'INFORMATION

Dans un premier temps, l'information récoltée est structurée et stockée dans une base de données créée à cet effet (Access)^d. Cela permet de générer à tout moment un listing de l'ensemble des ressources financières et humaines, des activités menées, des réalisations et résultats rassemblés au cours de ce monitoring.

Les indicateurs sont ensuite confrontés aux objectifs mentionnés par les théories d'action⁹ pour effectuer une comparaison entre ce qui est attendu, planifié, et ce qui est obtenu, respectivement après 2 et 3 années de mise en œuvre du programme. De cette comparaison est tirée une appréciation de l'atteinte des objectifs.

Enfin, dans un troisième temps, les aspects qualitatifs sont intégrés à ce monitoring. Ainsi le présent rapport structure l'information pour chaque domaine d'intervention en deux volets : le premier est factuel, descriptif et quantitatif (indicateurs 1999 et 2000) ; le second volet est appréciatif, contenant un commentaire qualitatif à propos des principales forces et faiblesses du processus, de la couverture du programme, de l'atteinte des objectifs, et enfin des facteurs contextuels qui pourraient réduire ou au contraire augmenter l'impact du programme.

^c Une documentaliste consacre une demi-journée par semaine à cette activité.

^d Cette base de donnée est tenue à disposition de l'OFSP. Un état a été imprimé et transmis pour validation aux gestionnaires du programme, lors de la restitution des résultats intermédiaires de janvier 2001.

3 PRÉVENTION

3.1 INTRODUCTION

3.1.1 Objectifs et rôle de l'OFSP

Selon les objectifs fixés par les responsables du ProMeDro à l'OFSP lors de l'élaboration des théories d'action en 2000⁹, l'intervention de l'OFSP dans le domaine de la prévention de la toxicomanie et de la promotion de la santé vise la réduction de la consommation de stupéfiants, la réduction des risques et nuisances qui y sont associés et, plus généralement, l'amélioration de la santé des jeunes. L'OFSP conçoit ses programmes de prévention sous la devise " conçu à l'échelle nationale – appliqué à l'échelle régionale " ¹¹. Ces programmes constituent le cadre à l'intérieur duquel les cantons, les communes et les services spécialisés insèrent leurs projets au gré de leurs besoins. On vise différentes sphères de la vie (*settingorientiert*) telles que l'école, la famille, la commune ou le quartier, le club de sport, les foyers d'éducation pour jeunes, les camps de vacances, les centres de loisirs, ainsi que différents groupes de la population tels que les élèves, les adolescents, les jeunes de manière générale, les parents, les éducateurs, les jeunes en situation de risque. La stratégie¹² de la Confédération comporte plusieurs aspects, à savoir :

- Intégrer la prévention dans le quotidien en assurant des programmes pluriannuels dans les principaux lieux de vie des jeunes ;
- Ne pas travailler exclusivement dans une optique de drogue ; en mettant l'accent sur les ressources personnelles et le renforcement du réseau social de l'individu, la prévention peut porter sur des substances spécifiques (alcool, tabac, etc.), notamment sous la forme d'une information objective ;
- Créer des alliances en élaborant des projets de prévention connectés entre eux et soutenus en commun par la Confédération, les cantons, les communes et les structures privées ;
- Utiliser la recherche en exploitant les connaissances scientifiques en ce qui concerne l'apparition des problèmes de drogue et leur évolution ;
- Renforcer l'intervention précoce auprès des enfants et des jeunes ;
- Assurer la viabilité des projets soutenus financièrement par la Confédération, qui doivent être poursuivis lorsque celle-ci se retire, ce qui nécessite un solide ancrage au niveau communal et cantonal.

Les principaux axes d'intervention de l'OFSP au niveau de la prévention sont les suivants.

La promotion de la santé à l'école vise à renforcer le rôle des écoles pour en faire un lieu d'apprentissage et d'expérimentation de comportements favorables à la santé pour les jeunes et à développer un bon climat dans l'établissement scolaire. Il s'agit aussi d'assurer la continuité et la qualité du *Réseau d'Ecoles en Santé*. L'OFSP souhaite multiplier et inscrire les activités de promotion de la santé et de prévention dans les différentes écoles du pays. Les responsables de programmes visaient dans un premier temps d'une part l'implication de la Conférence des Directeurs d'Instruction Publique (CDIP) pour le choix des projets et d'autre part l'implication de tous les cantons, afin que chaque Direction cantonale de l'instruction publique ait eu à traiter au moins un dossier de projet *Ecole et Santé* pour son cofinancement et son implantation dans le canton. Ce projet et ce programme ont aussi pour vocation de servir de forums d'échange entre les participants. Il s'agirait par la suite d'implanter un état d'esprit " d'Ecoles en santé " qui touche de plus en plus d'écoles dans tous les cantons.

La prévention de la toxicomanie vise à rendre les enfants et les adolescents - mais aussi leur entourage (parents, moniteurs, intervenants, etc.) - capables de mener une vie sans consommer de drogues et à les motiver dans ce sens. Il s'agit aussi de prévenir les effets négatifs de la consommation de stupéfiants pour

l'individu, ses proches et la communauté. Dans ce but, l'OFSP pilote **plusieurs programmes cadre** qui touchent les foyers d'éducation (*Fil rouge*), les parents ("*Mon enfant aussi...*"), les associations de jeunesse (*Voilà*), les clubs sportifs (*LaOla*) et le domaine des loisirs en milieu ouvert (*fantasy projects*). Ces programmes permettent, grâce à un soutien financier et logistique, de développer des projets de prévention sur les lieux de vie des jeunes et d'y ancrer progressivement la prévention. L'OFSP finance également un programme de promotion des projets de prévention dans les *communes et quartiers* qui vise à multiplier les projets de qualité et l'échange d'expériences.

L'OFSP s'engage fortement dans une recherche d'intervention visant à évaluer et légitimer la prévention secondaire. Le programme *supra-f*, qui permet de subventionner une quinzaine de projets d'aide socio-éducative, vise à approcher des jeunes présentant des difficultés et à leur offrir une aide pendant une période de six mois. En parallèle, le suivi de ces jeunes devrait permettre de documenter les effets de cette intervention et d'inciter d'autres acteurs à intervenir sous cette forme.

D'autres **mesures complémentaires** sont soutenues par l'OFSP : l'ancrage du projet *Schulteam* (qui n'est pas un programme national, mais un projet centré sur une vingtaine d'écoles dans 6 cantons) permet d'assurer la survie de ce projet tout en documentant pour la première fois une phase d'ancrage ; la conception d'un programme de prévention pour la petite enfance vise à développer de nouvelles interventions ; la mise en place d'un réseau d'experts sur le thème de la qualité de la prévention est prévu, afin de soutenir l'activité de l'OFSP et d'améliorer la qualité et l'efficacité de ses interventions.

3.1.2 Changements conceptuels et organisationnels

Si au début des années '90, la prévention visait presque exclusivement à empêcher une première consommation de drogue, aujourd'hui elle tend aussi à éviter les problèmes de santé et les effets néfastes qu'engendrent la consommation de stupéfiants sur l'individu et la société. Il s'agit d'éviter que les individus passent de la simple consommation de drogue à une consommation abusive et à la dépendance, avec les graves conséquences que l'on connaît. Au niveau des risques spécifiques liés aux substances, on distingue couramment les produits légaux (alcool et tabac) des produits illégaux (héroïne, cannabis, cocaïne, ecstasy, etc.). La distinction classique entre prévention primaire (intervention et information tout public), prévention secondaire (intervention pour un public à risque et détection précoce) et prévention tertiaire (intervention pour réduire les risques de la consommation) a toujours son sens. Or, une nouvelle approche vient compléter celle de la prévention : " La promotion de la santé obéit à une conception plus globale de la santé, dont elle cherche à améliorer tous les éléments. La promotion de la santé vise à développer aussi bien les ressources individuelles que collectives, afin de favoriser le bien-être physique, psychique et social. Elle aussi peut se traduire par les interventions centrées sur les personnes ou centrées sur les le contexte structurel "¹³. Les mesures décrites ci-après relèvent pour certaines plutôt de la prévention, d'autres davantage de la promotion de la santé.

Au niveau organisationnel, plusieurs changements ou réorientations ont eu lieu récemment :

- le programme " Sport et drogues ", mis en œuvre jusqu'alors par l'Office fédéral du sport (OFSP) à Macolin qui a pour objectif principal de sensibiliser les moniteurs aux problèmes de dépendance, a trouvé son prolongement en 2000 avec le nouveau programme " LaOla " : la coopération avec l'Association Olympique Suisse (AOS) ouvre dès lors la porte d'entrée aux messages de prévention qui, à travers les grandes fédérations sportives et les clubs, doivent atteindre les sportifs eux-mêmes. En effet, pendant longtemps, on avait considéré que les sportifs étaient par définition des personnes vivant " sainement " et que le seul fait de pratiquer du sport les mettaient à l'abri des risques de la consommation de drogues ; or, des études récentes démontrent le contraire ;
- le programme " Ecole et santé ", après deux phases de mise au concours et de réalisation de projets cofinancés par les cantons, la Fondation 19 et la Confédération, se trouve actuellement dans une phase de redéfinition des thèmes ou des catégories de projets à promouvoir par la Confédération pour les huit prochaines années ;

- les "fantasy projects", des actions de promotion de la santé dans le domaine des loisirs-jeunesse initiés par le service "Campagne" de l'OFSP, ont, quant à eux, été intégrés dans la section "Interventions drogue" en 2001.

3.2 INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE

3.2.1 Ressources humaines et financières

Au niveau de l'organisation interne de l'OFSP, nous avons d'une part, un responsable pour la prévention et la promotion de la santé dans les écoles - le programme Ecole et santé et le projet Réseau d'Ecoles en santé - rattaché à la section "Alcool et tabac"; pour la gestion de ces deux programmes complémentaires, l'OFSP dispose de trois personnes totalisant un taux d'engagement de 270%. D'autre part, le responsable pour la prévention de la toxicomanie rattaché à la section "Interventions drogue" gère les contrats avec les autres partenaires mandatés par l'OFSP pour mettre en œuvre les programmes de prévention.

En ce qui concerne les ressources financières, il convient de tenir compte des aspects suivants. Globalement, le budget "prévention" de la division "Dépendances et sida" à l'OFSP est doté annuellement d'environ 10 millions de francs. Ce compte inclut autant les interventions de prévention en relation avec le sida et les dépendances aux produits légaux (alcool et tabac) qu'aux produits illégaux (stupéfiants, cannabis, drogues de synthèse, etc.). Les mesures faisant partie, selon les responsables, des interventions de prévention dans le cadre du ProMeDro se montent à quelque 5 millions de francs par an. Le ProMeDro est, par définition, destiné aux mesures liées à l'abus de substances illégales. Or, avec les options prises en matière de prévention, ses contours ne peuvent actuellement plus être tracés de manière très rigoureuse. En effet : la définition du concept de prévention est devenue plus large ces dernières années ; l'approche par lieu de vie et par public cible ne sépare plus aussi strictement les différentes substances qui, par ailleurs, sont souvent consommées de manière combinée ; la nouvelle approche de promotion de la santé aborde également des thèmes tels que la qualité de vie sociale, le renforcement des ressources personnelles, la gestion de conflit, la santé sexuelle, la violence ou le racisme, etc. L'approche combinée de prévention et de promotion de la santé est donc plus globale qu'auparavant et plus proche de la complexité des situations de vie que vivent les personnes concernées. Une distinction des ressources mises en œuvre dans le domaine prévention/promotion de la santé, qui seraient strictement liées aux mesures destinées à réduire les risques en matière de drogues illégales, devient donc quelque peu théorique. Ci-après, nous avons compté la totalité des montants qui sont attribués aux programmes et projets en question, en nous basant sur la sélection des mesures exprimées par les responsables du ProMeDro lors de l'élaboration de la théorie d'action 2000.

Sommairement, les grands montants sont attribués annuellement de la manière suivante^c :

- le programme Ecole et santé et le projet Réseau d'Ecoles en santé disposent d'un budget de 1.35 millions de francs ;
- la gestion de supra-f et le soutien aux projets de prévention représentent un total de 1.2 millions de francs (sans la recherche) ;
- la prévention des dépendances dans les communes est soutenue par des petits montants représentant au total env. 650'000 francs ;
- le programme Sport et drogue, nouvellement LaOla, dispose d'environ 580'000 francs ;
- les autres projets sont dotés de sommes entre 40'000 et 400'000 francs.

^c Pour une vue d'ensemble, se référer au Tableau 3.1

Pour certains projets l'évaluation est incluse dans ces budgets (p.ex. Fil rouge, Voilà, fantasy projects, etc.) ; les grandes évaluations telles qu'elles sont engagées par exemple pour Ecole et santé ou LaOla sont gérées et financées par le " Centre de compétence en évaluation " de l'OFSP (cf. chap.11 du présent rapport).

3.2.2 Commentaire, lecture du Tableau 3.1

Les notions de " public rejoint " et de " couverture " utilisées ci-dessous donnent un ordre de grandeur du nombre connu et souvent maximal de " cibles " rejointes, soit en termes de catégories régionales (cantonales ou communales) soit institutionnelles (écoles, foyers, etc.) soit individuelles (écoliers, enseignants, professionnels, etc.). Ces chiffres n'expriment pas la nature, ni l'intensité, ni la durée des interventions effectuées et toute la population potentiellement rejointe n'a pas nécessairement bénéficié de l'intervention en question.

Par exemple, si le programme Ecole et santé rejoint 25 cantons, cela signifie que 25 directions de l'instruction publique ont été rejointes et ont dû se confronter à la question du cofinancement d'un projet concret dans leur canton. Toutes les écoles et tous les élèves de ce canton n'ont par contre pas été rejointes par cette mesure. Le tableau permet de constater que le réseau d'Ecoles en santé s'étend de manière constante au niveau du nombre d'écoles, d'enseignants et d'élèves rejointes, cela ne donne toutefois aucune indication sur le type d'action et le nombre effectif d'élèves qui ont été sensibilisés, à quel genre de message et avec quel degré d'intensité. Autre exemple, la prévention des dépendances et la promotion de la santé dans les camps " voilà " : on peut lire qu'à travers 470 camps on a rejoint plus de 5'000 moniteurs et près de 20'000 jeunes. Notons qu'un camp " voilà " est lié à un certain nombre de critères qui doivent être remplis, tels que des moniteurs/trices formés à la promotion de la santé et l'application d'une charte, ce qui doit se traduire par un certain état d'esprit qui règne dans un tel camp. Par ailleurs, il est exigé que des activités concrètes de promotion de la santé aient lieu dont il faudra rendre compte. Ainsi, il est possible d'affirmer que 20'000 jeunes ont pu profiter de cet état d'esprit " promotion de la santé " d'un camp voilà, or, le nombre de ceux et celles qui ont suivi une activité concrète de promotion de la santé est certainement plus petit.

Ces quelques exemples illustrent que les indications chiffrées dans le tableau ci-dessous doivent être placées dans leur contexte : elles invitent à décoder une histoire qu'il n'est pas possible de raconter dans le détail dans le cadre de ce rapport de monitoring d'une évaluation globale.

3.2.3 Réalisations et couverture pour 1999 et 2000

Tableau 3.1 Les réalisations dans le domaine de la prévention

Programme	Depuis	Mandataire	Lieu de vie "setting"	Public cible principal	Type d'intervention	Budget annuel	Réalisations en 1999 et 2000	Population de référence	Couverture : population rejointe	Couverture : évolution 1999/2000
" Sport et drogue " (jusqu'en 1999)	1992	Office fédéral du sport (OFSP)	Activité sportive	Moniteurs de sport	Cours de sensibilisation aux problèmes de dépendance		1999 : 17 activités de formation ou d'information de 0.5 à 5 jours		534 moniteurs ou multiplicateurs	
" LaOla "	2000	Office fédéral du sport (OFSP) et Assoc. Olympique Suisse (AOS)	Club de sport	Sportifs, personnes pratiquant du sport Moniteurs de sport	Soutien des fédérations et des clubs de sport dans leurs activités de prévention Formation de moniteurs	570'000	2000 : démarrage de LaOla ▪ aborder le thème de la consommation de substances psychotropes dans le cadre de 100 cours d'hiver J+S, en établissant une réglementation et un contrôle des règles ▪ cours, conférences, conseils	6 Assoc. sportives 9'718 clubs sportifs 100'000 moniteurs	6 Assoc. sportives 1'000 clubs sportifs 6'000 moniteurs	
Prévention des dépendances dans les communes	1993	RADIX, Zürich	Commune et quartier	Jeunes et leur entourage	Conseil, coordination et soutien financier de projets au niveau communal	650'000	1999 : 104 projets pour un total de 416'000 francs, dont 1 projet tessinois (10'000 frs), 91 projets alémaniques (350'000 frs) et 12 projets romands (56'000 frs)		Nb cantons : donnée non-disponible 139 communes	
					Promotion de modèles de prévention expérimentés et reconnus		2000 : 122 projets pour un total de 406'000 francs, dont 3 projets tessinois (14'000 frs), 104 projets alémaniques (292'000 frs) et 15 projets romands (100'100 frs)	26 cantons 3'000 communes	17 cantons ^f 180 communes	65% en 2000 ~ → ↗
" Mon enfant aussi... "	1993	pro juventute Verlag, Zürich	Famille	Parents Ecole de parents	Soutien éducatif aux parents par diffusion de brochure et cours	60'000	actualisation et réédition de brochure en 7 langues (anc. 6 : français, allemand, italien, portugais, espagnol et turc)		(par le passé, 200'000 brochures diffusées)	

^f Les cantons changent d'une année à l'autre ; sur plusieurs années, tous les cantons sont couverts.

Programme	Depuis	Mandataire	Lieu de vie " setting "	Public cible principal	Type d'intervention	Budget annuel	Réalisations en 1999 et 2000	Population de référence	Couverture : population rejointe	Couverture : évolution 1999/2000
" voilà "	1993	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände SAJV, Bern	Camps de vacances	Enfants et adolescents Moniteurs/trices de vacances	Prévention des dépendances dans les associations de jeunesse Formation de moniteurs/trices, multiplicateurs de messages de prévention Soutien financier, en co-financement avec les cantons et la Fondation pour la promotion de la santé, d'activités de promotion de la santé pendant les camps	400'000	1999 / 2000 : ▪ 32 / 35 formations ou informations de 0.5 à 3 jours po. moniteurs/multiplicateurs ; ▪ 522 / 471 camps " voilà " ▪ soutien de 14 programmes dans 18 cantons, dont 2 en CH-romande	26 cantons	18 cantons ^g	69% →
									522 / 471 camps	↘
									4'762 / 5'119 moniteurs camps	↗
									1'434 / 1'253 moniteurs formés	↘
	450'000 jeunes, membres de 80 associations	22'082 / 19'854 jeunes	↘							
" Le fil rouge " CH-alémanique	1994	HFS Zentralschweiz, Luzern	Institutions socio-éducatives pour jeunes et adolescents en situation de risque	Personnel de foyers d'éducation	Prévention des dépendances par coaching d'équipes éducatives (durant 3 ans) : augmenter les compétences de dépistage précoce de problèmes et savoir réagir de manière adéquate	150'000	1999/2000 : développement de projets et accompagnement dans 23 institutions (les mêmes pendant 3 ans) particulièrement touchées par des problèmes de toxicomanie, moyennant supervision, développement d'équipe et développement organisationnel ; pas d'action dans le canton de Zurich qui a son propre programme	21 cantons	6 cantons ^g	29% →
								300 foyers	23 foyers	→
								3'600 professionnels	680 professionnels	→
									750 jeunes	→

^g Les mêmes cantons d'une année à l'autre.

Programme	Depuis	Mandataire	Lieu de vie " setting "	Public cible principal	Type d'intervention	Budget annuel	Réalisations en 1999 et 2000	Population de référence	Couverture : population rejointe	Couverture : évolution 1999/2000	
" Le fil rouge " CH-romande	1994	Société Fil rouge c/o GREAT, Yverdon	Foyers pour jeunes et adolescents en situation de risque	Educateurs et éducatrices	Prévention des dépendances par cursus de formation certifiée + autres cours Information, journées d'étude, plates-formes régionales et offres sur demande	80'000	1999/2000 : ▪ 1 offre de formation continue certifiée de 28 jours/2ans ▪ 5 formations/année de 1-2 jours pour des échanges sur des thèmes spécifiques (partiel. annulées en 2000) + 4 plates-formes régionales + ~4 interventions/an dans des institutions pour formation d'équipe + 1-2 journées romandes d'étude par an	7 cantons	7 cantons	100% →	
								100 foyers	foyers informés : ▪ 74 en '99 ▪ 82 en '00	↗	
								500 professionnels	professionnels formés : ▪ 56 en '99 ▪ 22 en '00	↘↘	
"Schulteam" Phase d'ancrage	1995	HFS Zentralschweiz, Luzern	Ecole " Salle des maîtres "	Enseignants	Constituer des équipes d'enseignants qui travaillent en réseau dans le but de sensibiliser à l'intervention précoce et adéquate dans les écoles	80'000	1999/2000 : processus d'ancrage politique et financier dans les communes respectives de 22 écoles participant au projet Schulteam ; se termine en 2001	n'a pas été conçu comme programme national ; projet pilote appliqué à 22 écoles.	7 cantons 350 enseignants		
" Ecole et santé " (préalablement projet Santé Jeunesse)	1997 (1992–1995)	(Gestion OFSP en collab. avec CDIP)	Ecole	Elèves Enseignants autres acteurs	Soutien de projets de promotion de la santé à l'école (durée de projet = 3 ans)	830'000	1999/2000 : co-financement, coordination et controlling de 17 projets supra-cantonaux et en assurer la qualité	26 cantons	25 cantons	96% →	
" RES-CH " Réseau suisse d'écoles en santé	1997	RADIX, Zürich	Ecole	Elèves Enseignants autres acteurs	Encouragement des écoles de rejoindre le réseau et promotion de projets locaux Soutien financier de projets de promotion de la santé à l'école	520'000	1999 : ▪ 129 écoles, dont 85 en Suisse alémanique, 42 en Suisse romande et 2 au Tessin ; ▪ soutien financier de 54 projets en milieu scolaire 2000 : ▪ 147 écoles, dont 105 en Suisse alémanique, 41 en Suisse romande et 1 au Tessin ; ▪ soutien financier de 60 projets en milieu scolaire		26 cantons	26 cantons	100% →
									26 cantons	26 cantons	100% →
									26 cantons	26 cantons	100% →
									26 cantons	26 cantons	100% →

Programme	Depuis	Mandataire	Lieu de vie " setting "	Public cible principal	Type d'intervention	Budget annuel	Réalisations en 1999 et 2000	Population de référence	Couverture : population rejointe	Couverture : évolution 1999/2000
Brochure OFSP " Prévention et promotion de la santé chez les jeunes "	1997	(Gestion OFSP)		Professionnels de la prévention, politiques et réseau d'intervenants	Information sur la politique et la stratégie de prévention et de promotion de la santé et présentation des programmes	40'000	édition et diffusion par l'OFSP d'une brochure en 3 langues tous les deux ans. Tirage édition 1999 : 2'300 en allemand, 1'000 en français et 500 en anglais			
" fantasy projects "	1997	Assoc. Fantasy projects, Basel	Loisirs jeunesse en milieu ouvert (Centres de loisirs, actions ponctuelles autogérées)	Adolescents Jeunes	Promotion de la santé par soutien logistique et financier aux projets Formation à l'animation de projets	400'000	pour raison de changement de partenaire à mi-1999, les interventions n'ont pas été répertoriées avec précision ; on a néanmoins pu identifier au moins 16 projets portés par 16 organismes de jeunesse différents en 1999 et près du double en 2000	26 cantons	25 cantons	96%
									organismes jeunesse : ▪ 16 en '99 ▪ 27 en '00	↗
" supra-f "	1998	pro jeunesse, Zürich	Prise en charge pendant 6 mois en structure de jour avec programme socio-éducatif	Jeunes à risques de 14-18 ans	Soutien à et coordination de 12-14 projets locaux	1.5 million (sans recherche)	13 projets locaux ont été initiés et soutenus dans leur mise en place ainsi que la recherche accompagnante. Les projets sont réalisés dans les cantons de BE, ZH, BS/BL, FR, VD, GE, JU	26 cantons	7 cantons	27%
									jeunes rejoints (cumul) : ▪ 70 en '99 ▪ 150 en '00	↗

3.3 APPRÉCIATION

3.3.1 Approche conceptuelle

En considérant sur un axe diachronique la mise en place des programmes dans le domaine de la prévention à partir du début des années '90, on constate que l'approche par " setting " a été progressive, en touchant d'abord le sport et les écoles ('92), puis les communes et les quartiers, la famille et les camps de vacances ('93), les institutions socio-éducatives ('94) et enfin les loisirs-jeunesse en milieu ouvert ('97).

D'une part, sur ce même axe diachronique, on constate un mouvement de prévention axé sur des produits illégaux (éviter de nouveaux consommateurs) vers une prévention plus générale, incluant une large palette de produits de dépendance, pour faire enfin de la promotion de la santé à presque tous les niveaux et lieux de vie cités ci-dessus. D'autre part, on a renforcé de plus en plus l'axe de la prévention secondaire et de l'intervention précoce, ce qui nécessite principalement la formation et la sensibilisation de l'entourage éducatif des jeunes (famille, enseignants, éducateurs spécialisés, moniteurs sport et vacances) à offrir un cadre propice au dialogue, à détecter des signes problématiques et à savoir réagir et s'entourer de manière adéquate lorsqu'une situation l'exige. Notons qu'un programme de recherche en prévention secondaire pour jeunes en situation de risque a été lancé par l'OFSP ('98) afin de promouvoir le développement personnel et l'insertion sociale des jeunes qui participent aux projets locaux, qui doivent pouvoir bénéficier parallèlement des résultats de la recherche.

Conceptuellement, nous estimons qu'il existe une certaine confusion dans l'utilisation des concepts théoriques qui ne collent probablement pas toujours avec la réalité de leur mise en œuvre. " Prévention " et " promotion de la santé " sont des paradigmes différents qui, théoriquement peuvent se compléter, mais dans la pratique souvent se confondent. La prévention se fonde sur le concept de la pathogenèse et vise à prévenir ou à atténuer des troubles spécifiques et des facteurs de risque ; elle se centre donc souvent essentiellement sur les comportements des individus et des groupes^h. La promotion de la santé porte sur les ressources des individus et leur mode de vie ; elle se fonde sur le concept de la salutogenèse qui a pour objectif de mettre en place des facteurs de protection de ces ressources et de les renforcer. La promotion de la santé a pour objet les relations sociales et les conditions de vie générales. Or, comme le constate Efiionayi et al. (2001)⁶⁹ pour le programme cadre Ecoles et Santé, le terme " promotion de la santé " est fréquemment employé comme concept général qui inclut la prévention et d'autre part on insiste sur la spécificité de la promotion de la santé par rapport à la prévention. Il y a donc un besoin de clarification conceptuelle et terminologique.

On peut constater que l'approche par lieu de vie a été poursuivie avec une grande cohérence. Il est aussi sensé que l'on puisse agir avec différentes méthodes, transmettre différents messages pour un même public visé. On peut toutefois se poser la question de l'utilité politique et administrative de la séparation des différentes approches par produits légaux et illégaux, si l'approche globale se veut de promotion de la santé. Pourquoi rattacher le setting Ecole à la section " alcool et tabac " ? Une redéfinition conceptuelle impliquerait, selon toute vraisemblance, aussi une réorganisation au sein de l'OFSP. Par ailleurs, la promotion de la santé étant ancrée légalement dans la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal, Art. 19) et la mise en œuvre confiée à la Fondation suisse pour la promotion de la santé (Fondation 19), l'OFSP n'a pas de réelle base légale et donc pas d'obligation de mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé par exemple dans les écoles. A terme, il sera indispensable de procéder également à une clarification des rôles et des tâches entre l'OFSP et la Fondation 19 ; à court terme, il faut viser au moins un cofinancement systématique pour tous les projets de l'OFSP qui mettent clairement en œuvre le concept de promotion de la santé.

Or, avec l'élargissement des axes de prévention et le glissement vers le concept de promotion de la santé, la délimitation du domaine de prévention dans le cadre du Programme de Mesures de la Confédération

^h Références complètes voir Hascher, Suter & Kolip (2001) ou Gretler-Bonanomi (1997) ; définitions reformulées par Efiionayi, Chimienti & Cattacin in⁶⁹.

pour réduire les problèmes de drogues (illégales), le ProMeDro, devient ainsi de plus en plus difficile, jusqu'à perdre un peu son sens.

Notons enfin qu'une des approches de la prévention et promotion de la santé par des cours et des formations spécifiques prend une certaine ampleur dans ce domaine : on forme des moniteurs et monitrices de sport par "LaOla", des moniteurs et monitrices de camps de vacances par les formations "voilà", des animateurs et animatrices de loisirs par les formations de "funtasy projects", des parents par des cours mis en place par Pro Juventute ; "Fil rouge" offre un cursus de formation certifiée pour professionnels de l'éducation en Suisse romande, etc. Le cadre et l'offre décrits dans le chapitre 6 Formation du présent rapport ne représentent donc pas la totalité des offres de formation qui sont faites dans le cadre du ProMeDro.

3.3.2 Degré de réalisation des programmes de prévention/promotion de la santé

Au niveau des objectifs, l'OFSP se donne le rôle d'initier et d'encourager des actions au niveau national, afin qu'elles soient réalisées au niveau régional ; à cet effet, pour avoir un effet multiplicateur, l'OFSP a besoin de partenaires fiables, bien ancrés dans leur domaine et connaissant le réseau. L'OFSP souhaite ainsi couvrir toutes les régions de Suisse. Au niveau du financement des programmes, l'OFSP vise dans un premier temps des cofinancements qu'il souhaite, si possible, abandonner par la suite, tout en s'assurant que les activités soient poursuivies et prises en charge par les cantons, les communes ou d'autres organismes.

Rôle de l'OFSP comme initiateur de projets et de collaborations

On constate que les interventions rejoignent actuellement de nombreux et différents settings qui ont été mis en place au fur et à mesure pendant les dix dernières années. On estime unanimement que l'impulsion donnée par la politique de l'OFSP en matière de prévention a déclenché d'autres activités à d'autres niveaux et a mobilisé les partenaires à se mettre en marche. Des partenaires nationaux fiables ont pu être trouvés qui mettent en œuvre les programmes au niveau régional. L'OFSP a pu les fidéliser en leur offrant des contrats sur plusieurs années. A titre d'exemple, voici quelques évolutions récentes de programmes et d'impulsions données par l'OFSP.

Avec l'association faîtière des organismes jeunesse, le programme "voilà" pour les camps de vacances a pu démarrer et a pu mobiliser dans les cantons un grand nombre de personnes bénévoles et de professionnels qui se sont formés et qui portent aujourd'hui la préoccupation de la prévention et de la promotion de la santé dans leurs activités d'animation pendant les camps. Le programme s'est développé d'année en année et, à l'aide d'une évaluation accompagnante, a pu s'adapter et se perfectionner. Notons que "voilà" a obtenu cette année une distinction – "award for a very innovative prevention project", - attribué par la Fondation Mentorⁱ.

Le programme sport et drogue dure depuis près d'une dizaine d'années et a depuis lors subi diverses réorientations et changements de partenaires. En 2000, il est entré dans une nouvelle phase avec le programme LaOla, dont la grande réussite consiste dans le fait d'avoir pu gagner la participation des grandes fédérations sportives à porter les messages de prévention dans leurs clubs.

Le programme-cadre Ecole et santé, qui a débuté en 1997 (préalablement, programme Santé jeunesse de 1992-95 : éducation pour la santé en milieu scolaire), s'est fixé des objectifs très ambitieux. Une des réussites réside dans le fait d'avoir pu gagner la collaboration et la participation active de la Conférence des Directeurs d'Instruction publique CDIP, l'organe suprême de coordination des plans d'enseignements au niveau des cantons, qui, à partir de 2001, a intégré les questions relatives à la santé, qui figurent dès lors explicitement parmi les objectifs de la politique de formation de la CDIP ; elle envisage de formuler des recommandations aux cantons. Sous l'impulsion de l'OFSP, la CDIP abrite maintenant un poste de

ⁱ The Mentor Foundation was incorporated in 1994 by a group of prominent international personalities to address the issue of substance abuse, by striving towards reducing the demand for drugs among the worlds young people. (cf. www.mentorfoundation.org).

collaboratrice scientifique pour le programme cadre Ecole et santé. Après deux mises au concours qui, dans la phase de lancement du programme ont suscité la mise en œuvre d'une très grande variété de projets dans des contextes régionaux très divers, l'OFSP a décidé de changer de méthode de mise au concours pour mieux cibler les thèmes et mieux fixer des objectifs communs qui seront aussi mieux contrôlables.

Couverture, processus de développement et évaluations des programmes

La question de la couverture est plus difficile à cerner. Le plus petit dénominateur commun est la couverture des cantons (dans combien de cantons existe-t-il une activité directe liée à chacun des programmes ?). En résumé, cela se présente de la manière suivante :

- 4 programmes sont actifs dans à peu près tous les cantons (Ecole et santé et le Réseau d'Écoles en santé, "fantasy projects", "Fil rouge" pour le programme en Suisse romande (=7/7 cantons romands) et "prévention dans les communes" si l'on considère deux ou trois ans consécutifs) ;
- 1 programme rejoint environ deux tiers des cantons ("voilà") ;
- 2 programmes rejoignent environ un tiers des cantons ("supra-f" et "Fil rouge" pour le programme en Suisse alémanique (= 6/21 cantons alémaniques)).

Discutons le problème de couverture et le processus de développement à l'aide d'un exemple, celui pour lequel les moyens financiers engagés annuellement sont le plus important (1.35 millions).

Le programme-cadre Ecole et santé, qui est très étroitement lié avec le programme Réseau suisse d'écoles en santé (RES-CH), vise à terme que toutes les écoles en Suisse aient une approche holistique de la santé et que le cadre même de l'Ecole représente un environnement propice non seulement pour la formation scolaire en tant que telle mais aussi pour l'apprentissage social. Pour approcher cette vision, il faut procéder par étapes avec des objectifs partiels et mesurables. On peut effectivement constater que, dans la phase de départ, ces objectifs n'étaient pas assez clairs et explicites, ce qui a mené vers une multitude de projets divers que l'on a souhaité mettre en réseau les uns avec les autres pour promouvoir un apprentissage réciproque. Or, cette grande diversité de projets concernant leurs approches, leurs niveaux d'intervention et leur contexte cantonal rend la mise en réseau très difficile. L'évaluation de ce programme¹⁴ constate en 2000 que le réseau s'est élargi, mais que la collaboration ne s'est pas intensifiée. La mise en réseau serait donc à repenser, par exemple dans le sens de regroupements thématiques, linguistiques et régionaux. Un des objectifs de développement est l'acceptation politique pour que la promotion de la santé fasse partie intégrante du mandat d'éducation et de formation confié aux écoles. Un des moyens pour mesurer le degré de participation des écoles est de compter un nombre grandissant d'écoles ayant rejoint le RES-CH. En 2000, on a dû procéder à une limitation du nombre d'écoles participantes (à max. 150), faute de moyens financiers. Or, la demande était grande : des sollicitations de participations financières d'un fonds géré par Radix permettent de réaliser des projets de promotion de la santé (max. 5'000 francs par projet si un cofinancement est garanti).

Pour **résumer le degré de réalisation** en terme de couverture et de développement du programme cadre Ecole et santé, on constate que plus d'une trentaine de projets très variés ont été mis en œuvre en touchant presque tous les cantons ; ces projets sont censés avoir un statut d'exemples ; dans le meilleur des cas, il ont généré un autodynamisme dans le sens que leur mise en œuvre s'est poursuivie après la période de participation financière de l'OFSP (vérifiable pour les projets retenus lors de la première mise au concours 1997-1999). En parallèle, la promotion du réseau suisse d'écoles en santé a bien démarré ; on constate que les besoins des écoles en Suisse alémanique et en Suisse romande ne sont pas les mêmes, le réseau ayant suscité un plus grand appel (probablement lié à un manque plus grand) en Suisse alémanique.

Or, on se pose la question, si une réelle sensibilisation des autorités cantonales et une réelle responsabilisation de la CDIP en matière de promotion de la santé dans les écoles a été engagée ? Est-ce qu'on peut s'attendre, tel que la direction du projet le souhaite, qu'une telle démarche d'impulsion de la part de la Confédération, mette en œuvre un effet multiplicateur ? Est-ce que les projets initiés vont-ils continuer à être mis en œuvre dans leur région respective et est-ce que les cantons vont-ils pouvoir profiter des expériences faites dans une autre région ? Telles sont les questions qui restent en suspens pour l'instant et dont on souhaite que l'évaluation actuellement en cours puisse donner des éléments de réponse.

En ce qui concerne les autres programmes, notons que pour bon nombre d'entre eux, des évaluations sont discutées et prévues préalablement. Ainsi, le programme « voilà » a bénéficié d'une évaluation accompagnante de la mise en œuvre, sans toutefois procéder à une évaluation d'impact¹⁵. Des évaluations récentes existent également pour les programmes RES-CH¹⁶ qui aboutissent à des recommandations surtout concernant le travail d'information sur le RES-CH qui pourrait être amélioré. Un rapport d'évaluation du " Certificat Fil rouge d'Acteur de prévention " ¹⁷, qui est fondé essentiellement sur les réponses des participants à un questionnaire d'évaluation du cours, souligne l'importance d'une telle formation. L'évaluation d'une quinzaine de projets particuliers réalisés dans le cadre de « fantasy projects » en 2000¹⁸ retient dans ses conclusions la difficulté de réaliser un projet lorsque les objectifs sont irréalistes ou trop ambitieux, l'importance que les projets soient élaborés avec les jeunes, en utilisant leurs ressources, l'attitude positive et créative des jeunes face au travail avec la vidéo, les ordinateurs et le théâtre, l'importance et le plaisir pour les jeunes de réaliser quelque chose en commun. Par contre, seulement la moitié des jeunes affirment que le projet aurait un impact individuel important sur leur manière de vivre. Enfin, en ce qui concerne la campagne « LaOla » dans le domaine du sport, une évaluation accompagnante a été confiée à l'IDHEAPⁱ pour la période 2000-2003, qui a pour objectif de répondre à la question suivante : dans quelle mesure les moniteurs des clubs sportifs sont-ils des vecteurs adéquats de la prévention primaire et secondaire de la toxicomanie chez les jeunes ? " Cette question se pose dans la mesure où une enquête récente de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies a montré que les jeunes footballeurs consomment davantage d'alcool que l'ensemble des autres jeunes, et que ce phénomène est encore plus marqué chez les jeunes snowboarders qui sont, en plus, de grands consommateurs de cannabis. Par ailleurs, des études commanditées par le Ministère français de la jeunesse et des sports montrent qu'une pratique sportive intensive peut provoquer un état de dépendance et engendrer des phénomènes de compensation liés à la toxicomanie (*Le Monde*, 7 décembre 2000). Il paraît donc opportun d'évaluer la pertinence de l'hypothèse d'intervention sur laquelle les initiateurs de « LaOla » se sont fondés, qui postule le rôle de modèle du moniteur sportif. " ¹⁹

Notons encore, last but not least, que le programme « supra-f » est lié à un programme de recherche qui est mené en parallèle et qui cherche précisément à mettre en évidence des mesures d'impact d'activités socio-éducatives sur des jeunes en situation à risque.

Financement et durabilité des programmes

Le fait que la Confédération initie et cofinance des programmes a suscité pour quasi tous les programmes, et même pour de tout petits projets, des cofinancements par les cantons, les communes ou par d'autres organismes, qui, à eux seuls, n'auraient pas entamé les projets en question sans le soutien d'expert et financier de la Confédération. Le financement est donc un des moyens qui incitent ou qui encouragent la réalisation d'activités dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Mais souvent, le fait que la Confédération soutienne un projet représente pour les partenaires ou leurs interlocuteurs aussi un signe de qualité ou de sérieux qui facilite leur mise en place.

Une des questions importantes qui se pose dans le contexte du financement et du rôle d'impulsion que souhaite se donner l'OFSP en voulant limiter la période de financement : est-ce que, si l'OFSP retire son financement, la survie du projet est assurée ? Est-ce que les partenaires locaux sont suffisamment convaincus de la nécessité et de l'importance de ces projets et ont les moyens de les financer à eux seuls ou avec d'autres partenaires ? L'étude de ces questions fait l'objet d'un rapport particulier dans le cadre de la présente évaluation globale du ProMeDro. C'est pourquoi nous ne donnons ici qu'une appréciation partielle et sommaire, en renvoyant le lecteur au rapport qui va paraître prochainement²⁰.

Globalement, on peut dire que les partenaires et acteurs dans les régions sont plus faciles à convaincre pour entamer un projet cofinancé qu'à le reprendre à son compte après la phase d'initiation et de consolidation. Tout retrait de financement de l'OFSP fragilise donc ces projets, même si l'ancrage régional et la reprise du financement avaient été clairement annoncés préalablement ou même fixés par contrat. La conséquence en est que l'OFSP se voit souvent appelé à renouveler des contrats pour ne pas risquer l'abandon d'un projet. Dans quelle mesure, la Confédération va-t-elle être appelée à continuer de financer

ⁱ Institut des hautes études en administration publique, Chavannes-près-Renens.

certaines projets tant qu'ils existent ? Cette question reste posée pour l'instant. Il est probable que l'objectif de l'OFSP de fonctionner comme initiateur de projet pour la phase de lancement et de se retirer par la suite ne soit applicable de manière conséquente que pour un nombre très restreint de projets.

Objectifs globaux non réalisés

En ce qui concerne l'assurance de la qualité des projets, il était question dans la théorie d'action 2000 de mettre en place un réseau d'experts en prévention. Ce réseau n'est pas encore constitué et cela ne figure actuellement plus dans les priorités de réalisation de l'OFSP.

3.3.3 Forces ou bonnes pratiques

En terme de monitoring, la dialectique engagée entre l'évaluation du ProMeDro à l'UEPP et la gestion des projets de prévention à l'OFSP, c'est-à-dire de demande d'informations par les uns et de recherche et préparation des données par les autres, a mené à une transparence des moyens investis et des effets visés. L'OFSP en a fait une publication " Les programmes de prévention de l'OFSP : coordination nationale – réalisation régionale " préparée à l'occasion du salon national de la prévention 2001, en y intégrant un tableau synoptique des programmes en cours en 2000.

Soulignons un élément qui fait partie de la clarification des objectifs, de la formulation d'indicateurs de réussite et de l'essai de quantification des réalisations et des effets escomptés : il s'agit de la clarté avec laquelle les nouveaux contrats sont établis. Dans la plupart des cas, il a été possible d'établir des contrats d'une durée de 3 ans, ce qui assure une continuité des projets et programmes et une fidélisation des partenaires. Le pendant de la clarté des contrats sera d'établir un controlling avec la même rigueur.

Une des grandes forces de dix ans de travail de prévention réside dans le grand réseau de partenaires qui a pu en émerger et dont les fruits de la collaboration commencent à se faire remarquer. Il s'agit des cantons et des services spécialisés dans les cantons et les communes ; il s'agit de la rencontre annuelle réunissant les acteurs de prévention des projets et programmes de l'OFSP, il s'agit du salon de la prévention qui a lieu tous les deux ans et qui réunit un large spectre de spécialistes et de personnes intéressées en matière de prévention et de promotion de la santé ; il s'agit aussi de collaborations ponctuelles sur un projet plus pointu, comme actuellement le projet supra-f. Tous ces échanges de point de vue et des pratiques entre les différents acteurs de prévention enrichissent le travail en commun et renforcent la cohérence entre les différentes interventions.

3.3.4 Obstacles et difficultés

Lors de l'établissement de ce monitoring, plusieurs obstacles sont apparus, par exemple :

- l'évaluateur suscite parfois des résistances auprès des acteurs de prévention à quantifier des éléments, tels que par exemple lister les différentes actions menées, en établissant des catégories d'actions, ou estimer le public que l'on a pu rejoindre pour chacune des actions mises en place ; une standardisation des exigences de l'OFSP concernant les rapports d'activités pourrait contribuer à quantifier ce qui est quantifiable, à mener une réflexion sur la couverture réelle et l'effet possible des actions mises en place et à améliorer la gestion de projets ;
- l'approche de promotion de la santé du programme-cadre Ecole et santé et du réseau d'Ecoles en santé, de par sa nature et l'ampleur qui lui est donnée (au total environ 1.35 millions de francs par année) fausse quelque peu le tableau des moyens investis spécifiquement pour le ProMeDro ; en effet ; parmi les 32 projets mis en œuvre par Ecole et santé, seulement 9 sont liés à des thématiques ou problématiques spécifiques, dont un seul semble spécifique au thème de la dépendance (Sucht-Sucht-Sehnsucht, ZH, SILVIVA) ;
- notons que le temps imparti aux responsables à l'OFSP pour un bon suivi et un controlling des projets et programmes en cours est parfois très serré ; ils n'ont pas toujours des informations détaillées quant à la nature, l'intensité et la durée des interventions en question ; on sait par contre

que les instruments de gestion de projet (management) ne sont pas appliqués avec la même rigueur pour tous les projets en cours.

Le fait que la Confédération mette à disposition des moyens financiers suscite l'attrait et l'intérêt de mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé, ce qui est souhaitable. D'un autre côté, cet encouragement de l'OFSP peut aussi susciter un appétit de la part de certains acteurs, à ajuster et à faire entrer leurs propres activités dans un concept donné pour ainsi avoir accès aux fonds de prévention.

Il manque un travail d'analyse systématique, un travail de synthèse et de transfert du savoir, d'extraire un apprentissage des expériences faites pour en constituer une théorie qui permette d'être transposée dans des situations nouvelles, afin de pouvoir mieux anticiper des modes telles que par exemple la dépendance au cannabis, la dépendance aux jeux, la dépendance à des nouvelles drogues, etc. Il s'agit aussi de réfléchir et de rechercher, lequel des fondements théoriques – prévention ciblée et contextuelle d'un problème spécifique ou promotion de la santé – est adéquat pour quelle situation, afin de mieux pouvoir juger des moyens à mettre en œuvre qui ont déjà fait preuve d'un effet favorable.

Suivre différents paradigmes, soit de " prévention " primaire et secondaire spécifique et de " promotion de la santé ", est en soi une force. Or cela peut être une faiblesse s'ils sont insuffisamment conceptualisés ou s'ils n'entrent pas dans une stratégie cohérente et partagée. Dans ce sens, il semble indiqué de mener un travail de clarification à l'intérieur de l'OFSP et avec ses principaux partenaires.

3.3.5 Environnement

L'actualité politique et la discussion autour des dangers de la toxicodépendance a plutôt diminué, ce qui permet de mener des discussions qui sont davantage centrées sur les thèmes et les problèmes plus généraux. Pour certains domaines tels que les problèmes d'intégration et de santé des migrants, la prévention du sida, la prévention de la toxicodépendance, il existe des bases légales claires qui soutiennent les interventions, actions et mesures préventives de l'OFSP. L'action de promotion de la santé attribuée à la Fondation 19 est également clairement définie par la LAMal. Par contre, les interventions générales de prévention d l'OFSP dans le domaine de la jeunesse n'ont pas de fondement légal, ce qui laisse un certain flou sur l'ordre de priorité qu'on lui attribue.

4 THÉRAPIES

4.1 INTRODUCTION

L'intervention de l'OFSP dans le domaine des thérapies vise à fournir " une contribution structurelle au développement des systèmes d'aide aux toxicomanes "2. Cette contribution vise particulièrement à favoriser le développement qualitatif et quantitatif de l'offre en Suisse4. Pratiquement, il est possible de distinguer deux secteurs dans lesquels intervient l'OFSP : celui des traitements ambulatoires recourant à des produits de substitution, soit la prescription de méthadone, d'héroïne et de buprénorphine, et celui des structures de sevrage et des traitements résidentiels ciblant l'abstinence. Il est toutefois à noter que le recours à des produits de substitution dans les structures résidentielles n'est aujourd'hui plus une rareté et que la frontière entre ces secteurs tend à être moins nette que par le passé.

La situation actuelle en Suisse fait apparaître que le traitement ambulatoire recourant à la méthadone est toujours, et de manière très nette, la démarche " *first choice* " en matière de traitements (plus de 18'000 autorisations/année), confirmant ainsi le virage vers une orientation de réduction des risques prise dans certains cantons durant les années 80 et au niveau fédéral dès le début des années 90. La prescription d'héroïne (env. 1000 places de traitement), quant à elle, s'offre en complément aux traitements à la méthadone en s'adressant à la population des consommateurs de drogue les plus dépendants et dont la situation sociale et sanitaire est la plus défavorable. Ce type de traitements, à l'inverse de ceux recourant à la méthadone, n'est cependant pas disponible dans l'ensemble de la Suisse. Finalement, les structures de sevrage et les traitements résidentiels s'inscrivent souvent dans un autre paradigme, parfois complémentaire, visant la réhabilitation complète, individuelle (psychique et physique) et sociale, des consommateurs de drogue. L'abandon de la consommation constitue ici une étape importante, et souvent requise, pour la démarche thérapeutique. En termes de nombres de places (1200-1500) et de personnes traitées, l'offre résidentielle représente un ensemble beaucoup moins important que l'offre ambulatoire, mais avec un niveau d'intensité de l'intervention généralement supérieur.

L'intervention de l'OFSP dans ces deux secteurs varie dans sa forme et dans son intensité. Dans le secteur ambulatoire, il occupe un rôle de soutien pour la prescription de méthadone et de buprénorphine (formation des intervenants, gestion de statistiques, recommandations pour l'emploi de produits de substitution)^k et un rôle de chef de projet et d'organe de contrôle pour la prescription d'héroïne (HeGeBe). Dans le secteur résidentiel, l'OFSP s'est largement impliqué dans des activités de coordination (Coste, Infoset) mais aussi dans le processus de réorganisation des conditions-cadre de ce secteur (QuaTheDA, FiDe). En effet, suite à la décision de l'OFAS en 1997 d'appliquer à la lettre la législation sur l'invalidité, le secteur s'est trouvé en crise et il a fallu, d'une part, assurer la survie à court terme des structures existantes et, d'autre part, développer un modèle de financement et de qualité viable pour l'avenir. L'OFSP a pris la responsabilité de ces différentes tâches dès 1998 en assumant la coordination du financement transitoire et celle de la mise en place des nouvelles conditions cadre.

La période 1999-2000 a été marquée par certains changements ayant trait à l'organisation de l'intervention de l'OFSP dans ce domaine. Ainsi, l'ordonnance sur la prescription d'héroïne²¹ attribuée à l'OFSP ses tâches concernant ce type de traitement pour les années à venir : dispensation des autorisations aux institutions, aux médecins et aux patients, établissement de directives, encouragement de la formation, de la qualité et de la recherche. Dans le secteur résidentiel, la fin de la phase pilote (1995-2000) du projet COSTE et l'établissement d'un nouveau contrat (2000-2004) ont conduit à l'ajout de nouvelles tâches pour cette centrale. Le cadre de référence et l'allocation de ressources humaines pour le développement d'un système de management de la qualité (QuaTheDA) par l'OFSP a aussi été modifié. La production d'un

^k Les informations et analyses concernant la formation et les statistiques se trouvent dans les chapitres formation et épidémiologie de ce rapport.

référentiel (prestations, ressources, management) détaillant les exigences de qualité se situe désormais au centre de la démarche de construction du système. Au niveau organisationnel, le projet compte aujourd'hui cinq projets partiels se développant simultanément : développement du référentiel, formation, liens avec les cantons, groupes-cibles particuliers, relations publiques²². Finalement, le financement transitoire des institutions résidentielles a été maintenu dans l'attente de l'application du nouveau modèle de financement.

4.2 INDICATEURS DE LA MISE EN ŒUVRE

4.2.1 Ressources humaines et financières

Ce domaine occupe une place très importante dans le cadre du ProMeDro. Une quinzaine de collaborateurs de l'OFSP (responsables inclus), dont au moins huit à l'intérieur de la section Interventions Drogue (ID), y ont été impliqués à des degrés divers. Le programme de prescription d'héroïne concerne neuf personnes (correspondant à 4,3 postes à plein temps) dont quatre (2,7 postes) assurent la permanence à l'intérieur de la section ID. Trois collaborateurs d'ID et au moins un autre employé de l'OFSP étaient concernés par les mesures (formation, statistiques, *guidelines*) relatives aux autres traitements de substitution. Le temps de travail total n'a cependant pas pu être estimé ici. Quant aux conditions-cadre et à la coordination pour le secteur résidentiel, ils concernent trois collaborateurs au moins à l'intérieur d'ID pour un total se situant entre 1.5 et 2 postes. Les ressources pour COSTE (3,1 postes), qui contribuent actuellement aux travaux de ce secteur, sont inventoriées dans le budget (cf. Tableau 4.1). Finalement, diverses activités répertoriées dans d'autres domaines (formation, épidémiologie, recherche) concernent aussi les thérapies.

En chiffres absolus, l'investissement le plus important en 1999-2000 est celui consacré au financement transitoire des centres de traitements résidentiels (15 millions/an). Il ne s'agit cependant pas d'un élément du budget régulier du ProMeDro et il ne peut donc être mis sur le même plan que les autres mesures. En outre, ce financement devait s'achever en principe à la fin de l'année 2000. Il est cependant probable qu'il faille attendre l'an 2002 pour que le nouveau système de financement soit opérationnel.

Tableau 4.1 Budget consacré au domaine des thérapies (en francs)

Mesure	1999	2000	Tendance
Programme de prescription d'héroïne (HeGeBe) : subvention	1'850'000	1'250'000	↓
Autres traitements (méthadone, buprénorphine) ¹	-	-	→
Secteur ambulatoire (Total)	1'850'000	1'250'000	↓
COSTE coordination	750'000	750'000	→
COSTE aide au démarrage	1'000'000	500'000	↓

¹ Les ressources investies dans ce secteur concernent soit des ressources humaines, soit des ressources investies à travers un autre domaine que celui des thérapies et traitements (formation, épidémiologie), soit des investissements de très faible ampleur. En 2001, la situation devrait changer notamment par un investissement accru concernant le développement de *guidelines* pour la méthadone.

Mesure	1999	2000	Tendance
Conditions cadre : système de qualité (QuaTheDA)	20'000	422'000	↑
Conditions cadre : système de financement (FiDe)	100'000	100'000	→
Secteur résidentiel (total)	1'870'000	1'772'000	→
TOTAL du domaine	3'720'000	3'022'000	↓

Le budget global du domaine fait apparaître une diminution entre 1999 et 2000. Celle-ci est principalement imputable au secteur ambulatoire, et plus particulièrement à HeGeBe, dont les coûts pour l'OFSP ont diminué d'environ un tiers. Dans le secteur résidentiel, le budget global est resté relativement stable avec toutefois une diminution des ressources allouées au fonds d'aide au démarrage géré par COSTE et une augmentation des dépenses liées au projet QuaTheDA.

4.2.2 Réalisations

Les types de réalisations relatives à chacun des secteurs et à leurs sous-projets se différencient assez nettement. C'est pourquoi chaque projet sera traité individuellement ci-dessous.

Programme de prescription d'héroïne

L'ensemble des indicateurs révèle une extension du programme durant l'année 2000. La participation de trois nouveaux cantons, avec un centre de prescription pour chacun, ainsi que l'ajout d'une nouvelle structure dans le canton de Berne, conduisent à une croissance du nombre de places disponibles en Suisse et à une couverture géographique plus étendue du programme.

Au début de l'année 2000, l'OFSP a soumis les documents nécessaires pour que les traitements reposant sur la prescription d'héroïne soient admis au catalogue des prestations obligatoires de l'assurance maladie²³. Quelques mois plus tard, l'OFAS a répondu positivement à cette demande. Toutefois, il faudra encore attendre un enregistrement par l'OICM et une inscription sur la liste des spécialités par l'OFAS pour que les caisses maladies soient tenues de rembourser ce traitement. Ces conditions devraient être réunies en 2002²⁴.

Tableau 4.2 Evolution de l'offre et de l'utilisation de la prescription d'héroïne²⁵

	Décembre 1999	Décembre 2000	Evolution
Nombre patients	937	1'038	+ 101
Nombre de places	1'065	1'194	+ 129
Taux d'occupation	88%	87%	^m - 1%
Nombre de centres	ⁿ 16	20	^o + 4
Nombre de cantons	8	11	+ 3

^m Pour l'analyse du taux d'occupation il faut tenir compte du fait que l'un des nouveaux centres n'a ouvert ses portes qu'en septembre 2000 et que son taux d'occupation était donc inférieur à la moyenne.

ⁿ BS (Bâle) ; BE (Berne, Bienne, Thun,) ; GE (Genève) ; LU (Lucerne) ; SO (Olten, Soleure, prison Schöngrün) ; SG (St-Gallen) ; ZG (Zug) ; ZH (Horgen, Winterthur, Zürich-Crossline, Zürich-Lifeline, ARUD).

^o AG (Brugg) ; BL (Reinach) ; BE (Berthoud) ; GR (Coire).

Dans le cadre du projet de qualité QE-HeGeBe, qui vise à développer les pratiques et les directives à partir de comparaisons inter-centres basées sur les données de monitoring, une commission qualité, formée par des représentants des centres, des cantons et des chercheurs, a été mise en place en 2000. Cette commission a identifié neuf problématiques relatives aux traitements et qui doivent être abordées pour améliorer leur qualité. Au premier rang de ces problématiques figurent les traitements de longue durée et les consommations parallèles.

En termes de formation continue, cinq cours dont la durée variait de 1 à 5 jours ont été mis en place en 2000 afin de soutenir les collaborateurs (chefs de service, médecins, personnel soignant, personnel d'encadrement, etc.) des centres HeGeBe. Le choix des thèmes et publics cible pour ces cours se fait à partir d'une analyse des besoins en début d'année.

L'argumentaire HeGeBe produit à l'occasion de la votation sur l'arrêté fédéral urgent en 1999²⁶ a été diffusé à large échelle et un important classeur manuel HeGeBe publié en allemand en 2000²⁷ a été mis à la disposition des professionnels concernés.

Le programme a aussi, comme les années précédentes, fait l'objet de nombreuses publications scientifiques dans le cadre de thèses, de livres et d'articles. En outre, un symposium international a été organisé concernant la prescription d'héroïne. Un certain nombre de délégations étrangères sont aussi venues observer les détails pratiques du programme.

Traitements ambulatoires avec prescription de produits de substitutions

L'OFSP a publié en janvier 2000 des recommandations pour l'emploi de la buprénorphine²⁸ comme produit de substitution alternatif à la méthadone. En outre, il a mis en route au printemps 2000 les travaux préparatoires pour une conférence nationale portant sur les modalités de prescription de la méthadone en Suisse. Cette conférence (NaSuKo), qui est en fait une démarche constituée de quatre étapes successives (documentation scientifique, panel d'expert 1, conférence nationale, panel d'experts 2) devrait avoir pour résultat la publication d'un nouveau rapport national sur la méthadone comportant des *guidelines* plus développées que par le passé.

Traitements et thérapies résidentielles

COSTE

Dans le cadre du programme d'aide financière au démarrage de nouveaux projets, COSTE subventionne des institutions résidentielles existantes ou nouvelles pour une durée maximale de 3 ans et un montant maximal de 300'000 CHF (100'000/an). Dix institutions résidentielles ont bénéficié d'un soutien durant la période 1998-2000 :

Tableau 4.3 Projets soutenus par le fonds COSTE (1998- mai 2000)²⁹

Nom de l'institution	Période couverte	Type de projet ^P	Montant total (Frs)
Sprungbrett, BE	1998-2000	Qualité Genre	70'000
Saurenhorn, BE	1998-2000	Aide au démarrage Innovation	300'000
Foyer André, NE	1998-1999	Aide au démarrage Couverture région	200'000
Life-Impuls, BE	1998-2000	Offre originale Intégration	210'000

^P Les thèmes sont résumés par l'équipe d'évaluation.

Nom de l'institution	Période couverte	Type de projet ^p	Montant total (Frs)
Espace Santé, Fondation Bartimée, VD	1999-2000	Élargissement de l'offre	80'000
Centre Clos-Henri, JU	1998-1999	Concept intégratif Mise en réseau	20'000
Casa Mobile, SO	1999-2002	Double diagnostic Intégration	300'000
Gemma, VS	1999-2001	Professionnalisation Occupation patients	45'000
Klein-Lilith, SO	2000-2001	Double diagnostic	25'000
KWG Courtemaîche, JU	1999-2001	Projets " travail "	172'000

La tendance actuelle, comme l'indique le tableau ci-dessus, est que ce sont des institutions existantes qui bénéficient du programme d'aide financière pour l'adaptation ou le développement de leur offre plutôt que de nouvelles institutions générant de nouvelles places de traitements.

COSTE publie également un répertoire des institutions^q et tient à jour cette banque de données " Institutions résidentielles " sur Internet^r. En outre, elle tient à jour une liste des institutions récemment fermées. Elle réalise aussi une collecte périodique (tous les trois mois) d'informations concernant le taux d'occupation dans les institutions résidentielles.

COSTE a aussi contribué au développement de QuaTheDA en assumant la direction des sous-projets " liens avec les cantons " et " formation ", et en participant à l'élaboration des standards QuaTheDA. La situation est identique en ce qui concerne le projet de nouveau modèle de financement des thérapies de la dépendance (FiDe), auquel les collaborateurs de COSTE ont contribué.

Dans le domaine de l'information, COSTE a repris la direction du projet Infoset en octobre 2000. COSTE est aussi intervenu en 1999-2000 à diverses reprises à titre de médiateur dans le secteur résidentiel. Finalement, l'institution a aussi co-organisé une conférence intitulée " Immigration et thérapie résidentielle dans le domaine de la drogue " en mai 2000.

QuaTheDA

La publication du référentiel^s QuaTheDA³⁰, sous l'égide de l'Agence de la Promotion et l'Evaluation de la Qualité dans les institutions sanitaires (APEQ), a eu lieu à la fin 2000 et il reste maintenant aux institutions à identifier leurs indicateurs et normes spécifiques. Les journées et les six séminaires de formation offerts en 2000, et organisés par General Consulting Network (GCN), ont permis de rejoindre environ 140 participants représentant plus d'une soixantaine d'institutions localisées dans plus de la moitié des cantons suisses (au début 2001, ce sont précisément 84 institutions dans seize cantons). Deux formations spécifiques ont aussi été offertes à l'intention des centres de traitement ambulatoires concernés par l'article 74 AI. Finalement, trois numéros d'Info-QuaTheDA ont été adressés aux institutions concernées par ce projet. Quant à l'application concrète du système de management de la qualité, elle est prévue pour l'automne 2001 et permettra aux institutions de se préparer à la certification QuaTheDA qui devra être effectuée jusqu'à la fin de l'année 2002.

^q Dernière édition en octobre 1999 et la prochaine édition, comprenant aussi les institutions résidentielles pour le traitement de l'alcoolisme, était prévue pour début 2001.

^r Sur le site Infoset.ch. Cette base de donnée contient déjà les institutions prenant en charge l'alcoolisme.

^s Il s'agit d'une importante liste d'exigences de qualité, spécifiques au domaine des dépendances, et divisée en trois sections ou thèmes : prestations, ressources et management.

FiDe

Suite à l'inventaire des mécanismes de financement^{31,32} et à la consultation sur le modèle menés en 1999³³, une documentation de base concernant le nouveau modèle de financement FiDe a été publiée en septembre 2000³⁴. Elle a été suivie d'une journée d'information au mois d'octobre, d'une importante publication portant sur la description des prestations offertes par les centres³⁵ et, finalement, d'une estimation du coût de ces différentes prestations³⁶. Un projet-pilote d'application du nouveau modèle de financement était quant à lui attendu pour 2001. En l'absence de ce nouveau modèle de financement, l'OFSP a encore géré le fonds pour le financement transitoire des institutions résidentielles en 2000.

4.3 APPRÉCIATION

Les années 1999 et 2000 constituent une période d'importants travaux de réorganisation dans le domaine des thérapies et traitements pour l'OFSP et, bien sûr, pour les acteurs de ce domaine. L'institutionnalisation et la diffusion de la prescription d'héroïne, l'encadrement des traitements recourant à la méthadone et à la buprénorphine, ainsi que la réorganisation des conditions-cadre du secteur résidentiel constituent, en effet, tous d'importants chantiers déterminants pour l'avenir du système de prise en charge des consommateurs de drogues en Suisse. D'autres objets d'actualité, et particulièrement le traitement de la consommation de cocaïne, la prise en charge des personnes polyconsommatrices et l'articulation des différents types de traitements, doivent cependant encore bénéficier d'une attention accrue.

Comme pour le suivi des indicateurs de réalisation, nous reprenons ci-dessous chacun des éléments de l'intervention de l'OFSP en matière de thérapies et de traitements.

4.3.1 Mesures concernant les traitements ambulatoires

HeGeBe

L'adoption de l'arrêté fédéral urgent par le peuple lors de la votation populaire du 13 juin 1999 et l'ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne constituent des jalons importants pour le travail de l'OFSP et une véritable institutionnalisation de cette forme de traitement. Les différentes tâches assumées par les collaborateurs de l'OFSP (gestion des autorisations, coordination, formation, recherche, etc.) correspondent aux fonctions définies par l'ordonnance.

Le développement et l'utilisation d'instruments (monitoring, manuel, formation, QE-HeGeBe) permettant d'optimiser la qualité de ces traitements ne peut être qu'approuvée. D'ailleurs, ce programme né durant les années 90 pourrait bien servir à définir certains standards dans le travail de prise en charge des consommateurs de drogue.

La croissance de l'offre, avec l'ajout en 2000 de trois cantons, de quatre structures et de plus d'une centaine de nouvelles places de traitement, constitue une réussite du programme. Il faut toutefois relever que certains cantons, où la prescription de méthadone est relativement fréquente (VD, TI, NE, etc.), n'ont toujours pas eu recours à la possibilité de prescrire de l'héroïne pour diversifier leur offre de traitement. Si les décisions d'implantation de ces traitements ne relèvent pas de la Confédération mais des cantons, on peut souhaiter que l'OFSP de son côté poursuive une promotion des résultats de HeGeBe afin de mettre à disposition des autorités cantonales tous les éléments nécessaires à une prise de décision concernant une telle implantation qui soit avant tout basée sur des connaissances scientifiques.

^t Dans le canton de Schaffhouse, l'ouverture du centre avec prescription d'héroïne a été différée jusqu'à l'acceptation du projet au scrutin populaire. Le centre est ainsi accepté le 2 décembre 2001.

Autres traitements de substitution

Les recommandations et procédures pour l'emploi de la buprénorphine permettent l'utilisation d'un nouveau type de substances, développant une action antagoniste partielle, dans le cadre des traitements pour consommateurs de drogue. L'emploi de cette substance pourrait permettre une meilleure prise en charge de certaines catégories de consommateurs. Notons toutefois que son prix, plus élevé que celui de la méthadone, peut être dissuasif et que la prescription à large échelle pratiquée en France a fait apparaître un certain nombre de problèmes liés aux effets de la substance elle-même, ainsi qu'aux risques particuliers associés à son injection³⁷.

Lors du dernier rapport de l'évaluation globale du ProMeDro, nous faisons remarquer que l'ampleur des traitements à la méthadone en Suisse requerrait une attention accrue concernant les conditions et la qualité de la prescription de cette substance. L'OFSP, en instituant un large processus de formulation de nouvelles *guidelines* concernant l'emploi de cette substance ainsi que des formations pour les médecins prescripteurs (cf. chap.6), répond à cette recommandation de manière nous paraissant adéquate. Le fait que ce processus soit plus vaste que pour les précédents rapports méthadone (1984, 1989, 1995) est aussi à saluer.

Concernant la prescription de méthadone, il convient aussi de mentionner le projet MedRoTox dont les objectifs sont d'augmenter le nombre de prescripteurs et la qualité de leur travail. Ce projet est présenté plus largement dans le chapitre formation de ce rapport.

4.3.2 Mesures concernant les traitements résidentiels

COSTE

Comme nous l'avons déjà noté à plusieurs reprises par le passé⁴, cette centrale de coordination constitue l'un des projets les plus pertinents et efficaces mis en place dans le cadre du ProMeDro. Cela tient sans doute au fait que COSTE est née d'une analyse systématique des besoins³⁸, que ses collaborateurs sont des professionnels reconnus et estimés par les acteurs du secteur résidentiel³⁹ et, finalement, que le difficile équilibre entre les requêtes formulées aux institutions et aux cantons et les services offerts en contrepartie paraît être réalisé.

Parmi les nombreuses activités de la centrale on retiendra notamment celles concernant l'échange d'information et la coordination (direction d'Infoset, répertoires (internet et papier), conférence), la gestion du fonds de soutien ainsi que divers recueils de données et analyses concernant le secteur (taux d'occupation des institutions, travaux dans le cadre de QuaTheDA et de FiDe). En outre, l'élargissement de certaines activités de la centrale au domaine de l'abus d'alcool permet une meilleure appréhension et l'obtention de nouvelles informations concernant le domaine plus large de l'abus de substances.

La seule crainte concernant la centrale est que la multiplication de ses tâches conduise à une diminution qualitative de ses réalisations. Cela ne semble pas être le cas aujourd'hui mais force est de reconnaître que le cahier des charges de COSTE est conséquent et qu'il serait sans doute utile de ne pas le développer à outrance.

QuaTheDA

En termes opérationnels, le SMQ QuaTheDA a connu une année fructueuse en 2000. Le développement du référentiel, la multiplication des formations, l'activité des sous projets ont en effet amené le projet à un stade de développement très avancé. Il reste cependant deux thèmes importantes pour l'avenir et pour lesquelles nous n'avons que des informations partielles. La première concerne l'adoption de QuaThéDA par les cantons et la seconde l'implantation réelle du système dans les institutions. Ces deux problématiques sont complexes et ne relèvent pas du volume habituel d'informations collecté pour un seul

projet par l'évaluation globale du ProMeDro^u. Nous ne pourrions donc, comme c'est d'ailleurs et pour les mêmes raisons le cas pour FiDe, que partiellement résumer et apprécier la situation actuelle.

Le SMQ QuaTheDA est conçu pour être compatible avec les autres systèmes existants puisqu'il est notamment basé sur les cinq exigences de l'OFAS^v, sur Quafo et sur les normes ISO. L'obtention d'une reconnaissance du référentiel QuaTheDA par le Service d'accréditation suisse (SAS) devrait lui donner une légitimité nécessaire pour faciliter son adoption par les institutions et les cantons.

Le projet QuaTheDA vise donc à ce que les institutions ayant participé à la formation satisfassent les cinq exigences OFAS/AI-2000⁴⁰. Par son projet partiel " Cantons ", il vise aussi la reconnaissance et l'utilisation par les cantons du Référentiel et de la certification QuaTheDA. Enfin, une douzaine d'institutions résidentielles étant financées via la LAMal, QuaTheDA vise la reconnaissance par le contrat-cadre signé entre H+ (Association des hôpitaux de Suisse) et le Concordat des assureurs-maladies suisses, ce qui exige entre autres l'ajout d'un questionnaire de satisfaction des clients. Eventuellement, et dans le but de couvrir également le domaine de l'alcool, les responsables du projet visent à ce que les systèmes H+et QuaTheDA soient complémentaires.

L'association professionnelle *Verein Christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereich* (VCRD) développe de son côté son propre système de management de la qualité (QWA). Selon l'OFSP, au début 2001, une dizaine d'institutions participaient à ce SMQ. Des réunions entre l'OFSP et le VCRD ont été établies afin de vérifier la compatibilité des deux systèmes, mais l'objectif d'établir un tableau de corrélation a été abandonné en 2000.

Au niveau opérationnel, malgré un changement organisationnel et un élargissement de l'ampleur du projet, la planification a été respectée à quelques mois près. L'implication d'institutions et de collaborateurs externes à l'OFSP pour la direction de " projets partiels " a permis ce développement rapide du projet. L'APEQ et l'ISF (pour le développement du référentiel), COSTE et GCN (pour la formation), COSTE (pour les cantons), contribuent ainsi tous significativement à QuaTheDA. L'investissement considérable de l'OFSP, en temps de travail et en ressources financières, est aussi à noter.

Si la Confédération défraie les coûts du développement du référentiel et des formations, ce sont les institutions qui doivent financer elles-mêmes le temps des collaborateurs requis pour l'implantation de QuaTheDA dans leur institution. Puisque chaque institution est responsable de développer ses propres indicateurs, le temps de travail des responsables qualité et d'autres intervenants pourrait donc constituer un problème pour l'implantation du référentiel, même si il faut aussi reconnaître que ce travail permettra une meilleure appropriation de celui-ci.

Le choix d'effectuer les formations QuaTheDA en groupe, plutôt que par des consultations individuelles aux institutions, a permis dès la première année de rejoindre un grand nombre d'institutions, dans presque tous les cantons. Quant à la communication de l'information, elle a été planifiée et modulée (Spectra, Info-QuaTheDA, brochure, documents de formations, site internet) en fonction des différents public-cibles.

FiDe

Le développement d'un nouveau système de financement dans le secteur résidentiel constitue un véritable défi. La diversité des payeurs mais aussi une certaine incertitude concernant la nature des prestations offertes par les institutions compliquent en effet sérieusement la tâche. Or, si nous ne pouvons présager de la réalité concrète de l'application du futur modèle, nous pouvons au moins constater que la démarche entreprise par l'OFSP et certains de ses partenaires est systématique. Ainsi, successivement, des données ont été établies sur les pratiques de financement en vigueur, sur l'appréciation d'un nouveau modèle de financement, sur la définition des prestations offertes, sur le volume de ces prestations et sur le coût attribuable à celles-ci. L'effort de définition des prestations nous paraît d'ailleurs particulièrement intéressant puisqu'il permet de mieux définir le secteur tout entier et de clarifier la pratique de chaque

^u Seule une évaluation de projet peut véritablement répondre à ces questions.

^v Parmi l'ensemble des systèmes de management de la qualité possibles, l'OFAS n'a pas privilégié QuaTheDA mais a développé sa propre certification (OFAS/AI-2000).

institution. La volonté de passer d'un système de paiement rétrospectif à un système prospectif paraît également louable en ce qu'il permet aux institutions de mieux planifier leurs activités.

La démonstration de la faisabilité d'un système de financement des centres résidentiels basé sur des forfaits par champs d'intervention reste donc à faire et sera l'objet d'un essai dans quelques cantons à l'automne 2001. Il va également de soi que, pour l'implantation d'un nouveau modèle de financement des centres résidentiels, la participation des cantons est requise.

5 RÉDUCTION DES RISQUES

5.1 INTRODUCTION

La définition de la réduction des risques n'est pas constante auprès de tous les acteurs : elle varie si elle est exprimée par des médecins, des travailleurs sociaux, ou la police. Cette variation s'observe aussi bien à l'intérieur de la Suisse qu'entre les différents pays qui pratiquent cette approche de l'intervention. La définition actuellement retenue par l'OFSP^w précise que : " Réduire les risques signifie offrir des soins médicaux, notamment pour prévenir le sida et l'hépatite, ou des traitements de substitution, ainsi que des locaux où les toxicomanes peuvent s'injecter de la drogue dans de bonnes conditions d'hygiène. Cela signifie également offrir un emploi, un logement et des possibilités d'aménager la vie quotidienne et les loisirs. " (La politique suisse en matière de drogue¹² : page 18).

Sur le terrain, la réduction des risques est assumée par de nombreuses associations et organisations non gouvernementales, par des médecins et pharmaciens, ainsi que par les services médicaux et sociaux. Le financement de ce type d'activités, notamment la remise de matériel d'injection stérile (seringues, filtres, désinfectant, ...) est assuré en grande partie par les cantons et communes.

La Confédération contribue sous forme d'incitation à développer les interventions des cantons dans ce domaine et pour combler les lacunes de l'offre. Depuis 1995, une grande partie de l'intervention est déléguée au Bureau spécialisé en matière de réduction des risques (BRR), sis au sein d'une organisation non gouvernementale bénéficiant d'un réseau national, l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO). Le BRR administre un Fonds d'aide au démarrage de projets (ci-après Fonds d'incitation) visant à améliorer la qualité des institutions œuvrant dans la réduction des risques. En juillet 1999, un nouveau concept⁴¹ a étendu les activités du BRR aux activités sanitaires de réduction des risques, tâche auparavant assumée directement par l'OFSP. Le budget général du BRR et le budget du Fonds d'incitation ont été augmentés à cette occasion pour assurer le financement et la supervision de projets de distributions de seringues. Par ce concept, les *settings* ne se limitent plus seulement au travail et au logement, mais peuvent inclure des projets avec des milieux ou populations particulières (ex. prostituées, enfants).

En parallèle, l'OFSP soutient directement des projets innovants et cherche des " acteurs-relais " capables de promouvoir sa politique sur le plan local. Ceux-ci sont chargés de sensibiliser la population aux thèmes de la dépendance et de la réduction des risques afin de promouvoir l'intégration des personnes dépendantes.

L'OFSP souhaite développer la réduction des risques à l'ensemble des établissements carcéraux^x, notamment en matière de conseil et d'information, de distribution de seringues ou de matériel de désinfection, de test et traitement du sida et des hépatites, faisant suite aux expériences menées dans des prisons suisses grâce à des projets-pilotes⁴². Un groupe de travail " Santé en prison ", organisé et animé par l'OFSP, travaille à l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques et de recommandations à l'intention des prisons. Il s'agit aussi de développer une collaboration avec le centre suisse de formation du personnel carcéral pour développer une offre de formation continue sur le thème de la réduction des risques. Ce faisceau d'interventions devrait contribuer à intégrer dans les prisons un système d'aide en matière de drogue.

Enfin, une partie de l'intervention est consacrée spécifiquement à la problématique " Femmes et dépendance "^{43,44}. Cette action vise à la fois à offrir un conseil aux personnes intéressées, et à développer un manuel contenant les bases théoriques de ce type d'interventions, afin d'améliorer et d'optimiser le travail spécifique aux questions de genre. Cela constitue les pré-requis pour améliorer la santé des femmes toxicodépendantes. Cette action reçoit également le soutien du BRR.

^w Un groupe d'experts réunis par l'OFSP travaille à une nouvelle définition.

^x Etablissements de détention préventive (avant jugement) et établissements pour les exécutions de peine.

Pour l'OFSP, la finalité de la réduction des risques est de contribuer à la réduction de la mortalité et de la transmission des maladies, notamment par l'intégration des personnes toxicodépendantes dans le système d'aide socio-sanitaire.

5.2 INDICATEURS DE MISE EN OEUVRE

5.2.1 Ressources

A l'OFSP, la réduction des risques implique principalement un collaborateur, qui estime y consacrer environ 40% de son temps. L'action déléguée au BRR absorbe l'essentiel des ressources financières, soit environ 90% du budget. Les ressources sont toutefois relativement "élastiques" dans ce domaine, puisque le budget réservé pour le "Soutien direct OFSP" peut varier à la hausse ou à la baisse en fonction des projets retenus.

Tableau 5.1 Budget consacré à la réduction des risques

Mesure	1999	2000
Soutien direct OFSP	^y 100'000	100'000
Projet Femmes et dépendances	27'500	37'500
OSEO, dont :	800'000	1'303'700
• Bureau de réduction des risques	(Inclus)	503'700
• Fonds d'incitation	(Inclus)	800'000
TOTAL	927'500	1'441'200

Entre 1999 et 2000, l'OFSP a augmenté de 55% le budget de la réduction des risques. Autre modification importante à partir de 2000, le budget consacré au Fonds d'incitation est clairement distingué du budget de fonctionnement du Bureau de réduction des risques, ce qui améliore la transparence des coûts et des investissements. A noter également la disparition, pour la période relevée, du budget réservé pour des projets de réduction des risques dans les prisons. En effet dans un concept inachevé daté du mois de mai 1998, l'OFSP prévoyait d'investir en moyenne 300'000 francs par an dans ce secteur.

5.2.2 Réalisations

La plupart des actions de réduction des risques soutenues par la Confédération sont donc gérées par le BRR. Ce centre de compétence (Fachstelle) soutient le lancement de nouveaux projets dans ce domaine. Pour ce faire, il analyse les demandes de financement, conseille les initiateurs de nouveaux projets et administre le Fonds d'incitation. Parallèlement à cette activité liée aux interventions de réduction de risques "sur le terrain", le BRR intervient dans des cycles de formation continue des intervenants en toxicomanie et participe à la mise en réseau des institutions actives dans ce domaine. Ce bureau met à disposition une documentation qui centralise les informations sur les projets réalisés en Suisse ou en provenance des revues spécialisées nationales et internationales.

^y Sur ce budget, seuls 30'000 francs ont été utilisés en 1999 et 18'000 francs en 2000, dans le cadre d'un seul et même projet.

Le BRR finance des projets de réduction de risques pour un montant maximum de 50'000 francs par année, et ceci pendant deux ans. Les contraintes associées à cette aide financière sont que le financement par le Fonds d'incitation ne doit pas dépasser 50% du budget total du projet, qu'il ne s'agit pas de coûts d'investissements, de déficits ou de garantie de déficits.

Entre 1996 et 1998, le BRR a financé des projets pour un montant de 1'587'950 francs, soit une moyenne de 529'316 francs par an. En 1999, ce sont 12 projets qui ont reçu un soutien du Fonds d'incitation, pour un montant total de 488'150 francs, dont 41% ont été attribués à la Suisse romande, et 59% à la Suisse alémanique. En 2000, ce sont 20 projets qui ont bénéficié d'un financement, pour un montant total de 647'250 francs. Quatre-vingt pour-cent des subventions sont versées pour des projets en matière de travail, logement, structures de jour et prostitution.

Tableau 5.2 Répartition des dépenses du Fonds d'incitation en 1999 et 2000

Intervention	1999			2000		
	Coût	Projets	Cantons	Coût	Projets	Cantons
Travail	190'000	4	SG, LU, ZH, NE	145'000	3	NE, LU, VS
Structure de jour	109'150	4	NE, VD, ZH	100'000	2	NE, VD
Logement	189'000	4	GR, BE, AG	141'500	3	BE (2), GR
Prostitution F	-	-	-	90'500	3	VD, BE, TI
Prostitution H	-	-	-	50'000	1	ZH
Enfants	-	-	-	45'000	1	LU
Education	-	-	-	19'350	2	VD
Loisirs/formation	-	-	-	3'000	1	BE
Santé	-	-	-	52'900	*4	VD, ZH
TOTAL	488'150	12	8	647'250	20	8

* C'est toujours une institution différente qui est à l'origine d'un projet, à l'exception des projets " santé " : 4 projets proposés par 2 institutions.

Entre 1999 et 2000, grâce à l'augmentation des ressources budgétaires, on observe une croissance de 33% du montant des subventions accordées par le Fonds d'incitation.

En marge de l'action du BRR, l'OFSP a soutenu directement de petits projets^z, dont un en matière de prostitution en collaboration avec l'Autriche. Les efforts de l'OFSP sont concentrés sur la supervision de la mesure " femme et dépendance " qui a permis de produire deux documents de soutien^{43,44} et en 2001, un inventaire de l'offre spécialisée pour les femmes disponible sur internet^{aa}.

^z La liste complète ne nous a pas été communiquée.

^{aa} www.drugsandgender.ch.

Enfin l'OFSP dirige ou participe à trois groupes de travail (cf. Tableau 5.3) actifs dans la réduction des risques :

Tableau 5.3 Groupes de travail de l'OFSP

Intitulé	Sujets/fonction	Participants	Production
Groupe Réduction des risques	Conseille l'OFSP en matière de réduction des risques	Experts	-
Groupe Santé en milieu carcéral (GIF)	Promotion de la santé dans les prisons suisses	Confédération, concordats des établissements carcéraux ^{bb} , directeurs de prisons, médecins et personnel des services de santé des prisons, un médecin cantonal	" La santé psychique en situation de détention ", version allemande et française (non publié)
Groupe Health in Prison Project (HIPP)	Projet OMS : promotion de la santé dans les prisons	Membre européens principalement	-

Le développement d'activités de réduction des risques dans les prisons, en vue d'installer un système d'aide qui intègre les problèmes de drogue aux actions conjointes menées dans le cadre de la prévention du VIH, a rencontré d'énormes difficultés : divergences de points de vues, problèmes de compétences décisionnelles, barrières culturelles et linguistiques ont réduit à néant les efforts menés dans ce secteur. Ainsi le groupe GIF n'a pas réussi à produire les recommandations en 1999 tel que prévu, en raison de difficultés d'harmonisation entre les différentes cultures linguistiques. De surcroît, aucune collaboration avec le Centre suisse de formation du personnel carcéral n'a pu être mise en place. Cet échec intervient malgré les bons résultats obtenus par ailleurs dans les établissements pénitenciers concernant les traitements de substitution à la méthadone et la prévention du VIH.

5.3 APPRÉCIATION

En termes de stratégie organisationnelle, l'objectif de diversifier l'offre pour les personnes dépendantes s'est concrétisé par le financement, via le Fonds d'incitation, d'une vingtaine de projets ne se limitant pas seulement aux créneaux habituels de l'accueil, du logement et du retour au travail⁴⁵. De plus la réunification de deux activités complémentaires au sein du BRR - la distribution de seringues et le développement de l'offre à bas seuil - a simplifié la procédure pour les acteurs impliqués dans le développement de ces interventions. Il n'y a désormais qu'un seul interlocuteur pour les demandes de financement auprès de la Confédération.

Sur le plan de l'offre de réduction des risques, le nombre d'institutions actives dans ce domaine est jugé satisfaisant selon l'OFSP. Le programme actuel est plutôt orienté vers une amélioration qualitative des interventions. Cette affirmation se base certainement sur une connaissance empirique, toutefois les données actuellement disponibles sur l'offre institutionnelle sont relativement anciennes, puisqu'elles sont issues d'une réactualisation⁴⁶ en 1996 d'un inventaire effectué en 1994⁴⁷. C'est pourquoi le BRR lancera une enquête à ce sujet en janvier 2002 pour améliorer les connaissances sur l'offre de réduction des risques. Cela permettra notamment de savoir si les lacunes identifiées en 1997⁴⁶ ont pu être comblées. Une

^{bb} En Suisse, il y a trois concordats regroupés selon la répartition géographique des établissements : suisse centrale, suisse orientale et suisse latine.

pré-enquête réalisée à l'automne 2001 auprès de 8 experts cantonaux révèle déjà de probables lacunes, notamment à propos de groupes cibles comme les personnes toxicodépendantes qui se prostituent (hommes et femmes), ou dans l'offre de logement et de travail⁴⁸. En Romandie, région moins favorable aux mesures de réduction des risques, la situation semble s'améliorer comme en témoignent les nouveaux projets de locaux d'injection à Bienne^{cc} et Genève^{dd}.

Dans les prisons, la situation est préoccupante et ne progresse que très lentement, puisque selon les dernières données disponibles, environ 85% de la population carcérale ne bénéficie pas de remise de seringues stériles, et que 64% n'a pas accès à du matériel de désinfection⁴⁹, ceci malgré la consommation avérée de drogues illégales en prison^{42,49-51}. La reconnaissance par les autorités carcérales de l'existence de ce type de consommation dans leurs établissements semble problématique. Par contre, fait plus encourageant, le traitement de substitution à la méthadone est accessible dans 70% des établissements et la mise à disposition de préservatifs se fait dans 90% des établissements⁴⁹.

Enfin du point de vue des comportements et attitudes des personnes toxicodépendantes face aux prises de risques, il est possible de faire les constats suivants : la plupart des indicateurs sont stables (consommation de drogues illégales, source de revenu, VIH, partage de seringues, etc.). Il est pourtant des signaux inquiétants car le nombre d'usagers ayant contracté le virus de l'hépatite C est très important et, hormis les seringues, il y a encore une forte exposition potentielle aux risques avec le matériel d'injection : partage de la cuillère, du filtre, de l'eau^{52,53}.

^{cc} Ouvert en août 2001.

^{dd} Ouverture prévue en janvier 2002.

6 FORMATION

6.1 INTRODUCTION

Dès le début du ProMeDro en 1991, l'OFSP a entrepris de soutenir la formation continue des intervenants en toxicomanie. La difficulté de cette démarche réside dans le fait qu'il existe un grand nombre d'intervenants qui sont au bénéfice de formations très diverses et ont un degré de spécialisation en toxicomanie qui varie énormément, allant de personnes "ponctuellement concernées" aux "professionnels"⁵⁴. Face au désintérêt des Instituts de formations professionnelles (social, santé) et des universités à proposer des formations dans ce domaine, la formation continue a été au départ conçue et réalisée par les principales associations de professionnels^{ee} intervenant en toxicomanie. L'offre de formation a donc été dans un premier temps segmentée en plusieurs programmes, en fonction du type d'intervenants, du découpage géographique ou du degré de spécialisation^{ff}.

Constatant les limites de ces structures associatives⁵⁵, l'OFSP a ensuite opté pour une stratégie d'institutionnalisation de la formation continue, mouvement favorisé par le regain d'intérêt des organismes officiels de formation (Universités, HES, Instituts de formations professionnelles). Cette stratégie, définie en 1998, impliquait de renoncer à mandater directement des associations professionnelles pour former des intervenants en toxicomanie. Un terme a ainsi été mis aux contrats avec ces associations. A noter que l'organisme qui dirige le programme romand de perfectionnement professionnel ARIA, le Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT), a réussi à maintenir cette offre de cours malgré la perte du financement de l'OFSP.

Cette stratégie d'institutionnalisation a abouti à l'élaboration d'un concept unique⁵⁶ pour tout le territoire qui est géré par une Commission d'experts "Formation dans le domaine des dépendances" qui définit les conditions pour obtenir une accréditation en tant que prestataire de formation et pour financer les modules de formation. Désormais l'activité de l'OFSP est largement déléguée à cette commission, dont le secrétariat est assuré par le service de formation continue de l'Université de Berne^{gg}. Cette commission gère, par le choix des financements qu'elle opère, une offre de formations intra- et interdisciplinaire avec pour ambition de couvrir tout le territoire helvétique. Ce nouveau concept a provoqué des réactions diverses : concurrence entre les prestataires de formation en Suisse alémanique, regroupement en Suisse romande en une Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD). La Commission d'experts doit désormais composer avec ce partenaire incontournable qu'est devenu la FORDD, fédération qui propose d'ailleurs dans son programme de cours un certain nombre de variantes au modèle centraliste, notamment du perfectionnement professionnel et des modules de plus courte durée.

^{ee} GREAT, VSD, VCRD principalement.

^{ff} Programme ARIA en Suisse romande, programme CONVERS en Suisse allemande. A noter qu'il existe des formations proposées pratiquement dans tous les autres domaines du ProMeDro, mais qui sont destinées à des publics-cible différents, comme par exemple des médiateurs interculturels, le personnel de santé ou les traducteurs (domaine Migration et santé), des moniteurs de sport, des moniteurs de camps de vacances ou le personnel éducatif de foyers de jeunes (domaine Prévention), des policiers et des travailleurs sociaux (domaine Coordination nationale), etc.

^{gg} Koordinationstelle für Weiterbildung (KWB).

6.2 INDICATEURS DE MISE EN OEUVRE

6.2.1 Ressources

Le domaine de la formation continue est placé sous la responsabilité d'un collaborateur de la section intervention drogue qui travaille à plein temps à l'OFSP. En 1999, il consacre environ la moitié de son temps au domaine de la formation, et en 2000 cela diminue à un cinquième de son temps, au profit d'autres activités du ProMeDro, notamment le programme " Qualité des thérapies dans les domaines de la drogue et de l'alcool " (QuaTheDA).

En 1999, le budget a principalement été alloué au programme cadre de cours modulaires de la Commission d'experts " Formation continue dans le domaine des dépendances ", ainsi qu'à la troisième et dernière tranche de soutien au programme de perfectionnement professionnel des intervenants en toxicomanie " ARIA ". Viennent ensuite des mesures de soutien à la mise en place d'un réseau de médecins de premier recours prenant en charge des toxicomanes romands (MedRoTox) et tessinois (MeTiTox), et des formations spécifiques aux programmes de prescription d'héroïne et de médiateurs scolaires.

Tableau 6.1 Répartition du budget et des ressources humaines en 1999 et 2000

Mesure	1999	2000
Cours modulaires	510'366	500'000
ARIA III : Perfectionnement professionnel	140'000	-
MedRoTox et COROMA ^{hh}	87'000	249'500
Formation HeGeBe	50'000	-
Formation des médiateurs scolaires	30'000	15'000
TOTAL	817'366	764'500

En 2000, seuls deux investissements majeurs sont conservés : la suite du programme de cours modulaires, et le soutien au Collège romand de médecine de l'addiction (COROMA). Ce Collège rassemble les projets MedRoTox (un projet par canton romand), le projet MeTiTox et le soutien logistique à l'ensemble de ce réseau qui est assuré par la Division d'abus de substance du canton de Vaud (DAS-VD) en collaboration avec son homologue genevoise (DAS-GE). Le nombre de programmes soutenus ainsi que les ressources mises à disposition diminuent donc globalement par le fait que certaines mesures sont arrêtées et d'autres sont transférées dans d'autres domaines ; par contre, les ressources mises au profit du soutien au réseau de médecins de premier recours ont augmenté.

6.2.2 Réalisations

Cours modulaires

La Commission d'experts a élaboré un concept de formation basé sur des modules inter- et intra-professionnels, pour stimuler à la fois une collaboration entre les différentes professions et une spécialisation des intervenants. L'offre de formation est déterminée par des organismes responsables (*Träger*) et réalisée par des prestataires de modules (*Modulproduzent*) : " Chaque catégorie professionnelle se voit attribuer un

^{hh} En 2000 seulement.

organisme responsable de l'offre en matière de formation ⁵⁶(p.5), ce qui signifie que la Commission intervient sur le cadre et le financement, et non pas sur le contenu des cours.

Le programme de la Commission d'experts propose cinq types de modules de formation. Ces modules correspondent aux catégories socioprofessionnelles (cf. Tableau 6.2) et durent trois jours chacun. Ce sont 21 institutions de formation reconnues (HES, Universités, etc.) et agréées par la Commission d'experts qui sont en charge de dispenser ces modules.

En 1999, l'offre est beaucoup plus développée en Suisse alémanique (19 modules, 80% des participants) qu'en Suisse romande (6 modules). Cette différence va encore s'accroître en 2000 (24 modules et 84% des participants en Suisse alémanique, contre 6 modules en Suisse romande)⁵⁷. Une partie de ces différences peut être attribuée au processus de création et de mise en place de la FORDD.

Tableau 6.2 Participation aux cours modulaires

Catégories professionnelles	Modules (3j)			Participants			Jours			Heures		
	Sa*	Sr	CH	Sa	Sr	CH	Sa	Sr	CH	Sa	Sr	CH
1999												
Médecins	7	2	9	137	36	173	408	108	516	2'720	720	3'440
Psychologues	3	0	3	54	0	54	162	0	162	1'080	0	1'080
Infirmiers	0	1	1	0	23	23	0	69	69	0	460	460
Trav. sociaux	9	2	11	152	21	173	512	57.5	570	3'396	376	3'772
" Autres "	0	1	1	0	16	16	0	48	48	0	320	320
Total 1999	19	6	25	343	96	439	1'082	282.5	1'365	7'196	1'876	9'072
2000												
Médecins	6	5	11	97	61	158	271	165	436	1'810	1'112	2'922
Psychologues	5	0	5	85	0	85	267	0	267	1'780	0	1'780
Infirmiers	1	0	1	12	0	12	36	0	36	240	0	240
Trav. sociaux	7	0	7	133	0	133	339	0	339	2'240	0	2'240
" Autres "	5	1	6	82	16	98	726	48	774	4'840	320	5'160
Total 2000	24	6	30	409	77	486	1'639	213	1852	10'910	1432	12'342

Source Secrétariat de la Commission d'experts. Université de Berne : Service de coordination pour la formation continue.

* Sa : Suisse alémanique, Sr : Suisse romande (par la FORDD), CH : total pour l'ensemble de la Suisse.

En 1999, les ressources de ce programme sont essentiellement mobilisées par les catégories socioprofessionnelles " médecins " et " travailleurs sociaux " qui, à elles deux, réunissent 80% des participants et 80% de jours de formation. En 2000, on observe la même répartition, avec toutefois en Suisse alémanique une forte augmentation de la participation des psychologues et une très forte augmentation pour la catégorie " autres " (sans formation de niveau tertiaire).

La concurrence offerte en Suisse romande par des cours de plus courte durée que les modules standardisés de la Commission d'experts se traduit par un plus faible nombre de modules proposés qu'en Suisse alémanique. En particulier trois catégories (psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux) semblent s'orienter vers une offre différente, puisque aucun module de la Commission d'experts n'a pu être mis sur pied cette année.

Du point de vue de la reconnaissance de ces formations, la situation varie d'une région à l'autre. Pour les travailleurs sociaux, un certificat de formation dans le domaine des dépendances existe depuis 1999 à l'Ecole de Aarau. En suisse romande, la FORDD prévoit l'entrée en vigueur en janvier 2002 d'une certification interdisciplinaire⁵⁸.

Selon l'évaluation qui en a été faite⁵⁹, la qualité des cours modulaires est globalement bien appréciée par les participants. Certaines lacunes sont relevées par l'évaluation : sur la couverture, l'étendue de l'offre et le contenu pédagogique. Ainsi certaines régions ont un accès restreint à la formation continue, comme le nord-ouest et l'est (y.c. Grisons) de la Suisse, le " Valais et l'espace Jura-Neuchâtel-Fribourg ". Concernant l'étendue de l'offre, l'évaluation soulève le manque de formation continue dans le domaine de la prévention et de la répression. Enfin sur le contenu pédagogique, les participants critiquent " un enseignement qui s'éloigne trop de la pratique et qui ne comporte pas assez d'éléments participatifs ". Du point de vue conceptuel, la différence reprise dans le concept de formation continue, qui distingue la dépendance aux drogues légales de celle des drogues illégales " perd de son actualité dans la pratique, aux dires des participants ".

En Suisse romande, le programme ARIA propose une offre complémentaire (cf. Tableau 6.3), soutenue par la Confédération jusqu'en 1999⁶⁰, aux cours modulaires. D'ailleurs, la participation y est nettement supérieure : 3 intervenants romands sur 4 se sont dirigés vers cette offre en 1999 et 2000.

Tableau 6.3 Participation au programme ARIA

	1998	1999	*2000
Actions de formation	21	14	12
Participants	379	313	230
Personnes	227	206	190
Jours	522	509	330

Source GREAT, Rapport annuel 2000 " Perfectionnement professionnel ARIA "

* hors ProMeDro

Le programme Aria semble toutefois avoir souffert de la perte du financement de l'OFSP entre 1999 et 2000, en terme de volume d'activité, accusant une diminution de 35.2 % de journées de formation, pour une baisse de participation, mesurée en personnes, de seulement 7.8 % par rapport à 1999. Toutefois cette baisse du nombre de journées s'explique aussi par un changement du type d'offre, proposant plus de formations de courtes durées que par le passé. En 2001, les places disponibles dans ce programme ne suffisent pas à satisfaire la demande.

En Suisse romande, l'offre de formation a été regroupée en un programme de cours réalisé sous l'égide de la FORDD. On y trouve les cours proposés par les fondations Les Oliviers et Le Levant, par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), par le centre de perfectionnement ARIA du Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT), ainsi que les modules romands de la Commission d'experts.

En Suisse alémanique, on n'observe pas ce phénomène et l'équivalent de la Fordd n'existe pas. Les organismes de formation y sont plutôt en concurrence, chacun cherchant à obtenir la responsabilité du contenu et de l'organisation des modules (*Träger*) plutôt que rester simple exécutant, en tant que prestataire de module (*Modulproduzent*). L'évaluation a d'ailleurs remis en question l'efficacité de ce principe, sorte d'étage intermédiaire pouvant nuire à la libre concurrence⁵⁹, mais l'OFSP a décidé de conserver cette organisation⁶¹, tout en prévoyant une redéfinition de la fonction de ces organismes responsables.

Réseau de médecins (MeDroTox & COROMA)

En 1992, le canton de Vaud innove en lançant un " Programme de prévention et perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie " (PPMT) qui a pour objectif " d'améliorer la réponse quantitative et qualitative du corps médical vaudois à la demande sans cesse croissante de prises en charges de consommateurs de stupéfiants "62.

En 1998, l'OFSP a soutenu financièrement la diffusion de ce modèle d'intervention aux autres cantons romands, sous l'appellation de MeDroTox. Cette offre de perfectionnement professionnel est complémentaire à celle des cours modulaires, puisque la durée des activités proposées est plus courte. D'ailleurs, la participation (cf. Tableau 6.4) des médecins y est supérieure en nombre.

En 1999, le réseau de médecins pour la Suisse romande et le Tessin est encore incomplet. En effet le projet du canton de Fribourg a été momentanément interrompu, entre le 15.11.98 et le 31.09.99, suite au départ du Chef de projet et à l'impossibilité de lui trouver un remplaçant. Le projet reprendra en octobre 1999. Le projet du Tessin débutera en novembre 2000.

Le " classeur MeDroTox " élaboré dans chaque canton par le médecin coordinateur de ce programme semble être un outil très demandé de l'avis des responsablesⁱⁱ. Pour l'année 2000, on peut s'attendre à une hausse probable de la participation des médecins de premier recours au réseau de soutien, toutefois les données lacunaires sur les réalisations de ce programme ne permettent pas de l'affirmer dans le présent rapport.

Tableau 6.4 Participation au réseau de médecins (suisse romande et Tessin)

Cantons	Coordinateurs	Participants 1999	Participants 2000	Médecins prescripteurs ⁱⁱ
VD ^{kk}	n.d.	n.d.	n.d.	261
GE	4	95	n.d.	134
FR	1	-	n.d.	65
BE-JU-NE	1	-	32	111
VS	4	20	60	150
TI	6	-	-	-
TOTAL	9	115	92	621

Source : Rapports annuels d'activités des projets MeDroTox, remis à l'OFSP par les coordinateurs des projets.

Le développement de ce réseau et son renforcement par un soutien scientifique et logistique des DAS-VD et DAS-GE, a permis la création en 2000 du Collège romand de médecine de l'Addiction (COROMA), et a probablement donné une impulsion bénéfique à la création, le 10 novembre 2000, de la Société suisse de

ⁱⁱ Les statistiques de diffusion n'existent pas.

^{jj} Ce chiffre est basé sur un recensement téléphonique effectué par l'OFSP auprès des médecins cantonaux en novembre 2000.

^{kk} Ce canton est à l'origine du réseau grâce à son Programme de prévention et perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie (PPMT). Ce programme est toujours actif et fait partie du réseau, mais techniquement il ne fait pas partie du ProMeDro puisqu'il ne reçoit pas de subvention de la part de la Confédération.

^{ll} En 2000, 42 classeurs MeDroTox ont été distribués en Valais, ce qui signifie que 84 % des médecins prescripteurs valaisans possèdent ce document.

médecine de l'addiction (SSMA)⁶³. A noter aussi en 2000 que la première journée du COROMA a attiré environ 200 participants.

Programme de prescription d'héroïne (HeGeBe)

En 1999, 77 intervenants de 13 institutions participant au programme de prescription d'héroïne ont suivi une formation. Les données 2000 ne sont pas mentionnées, car la responsabilité du projet a été transférée au domaine thérapie (le 1.10.2000).

6.3 APPRÉCIATION

De manière générale, on remarque entre 1999 et 2000, la hausse des participants aux cours modulaires (+25.6 %), principalement observée en Suisse alémanique, et le développement relativement décevant des cours modulaires en Suisse romande. Ce dernier résultat est probablement dû à la présence concurrentielle des autres formations proposées par les divers programmes (Aria, Fil rouge) et institutions (Les Oliviers, le Levant, etc.). Ces deux tendances, un succès dans la région alémanique et un échec dans la région romande, confirment les qualités et les défauts du concept proposé par la Commission d'experts. Si les acteurs romands de la formation continue ont un concept différent, il semble qu'il soit tout aussi attractif, voire mieux adapté aux besoins des intervenants de cette région. De plus, ils sont organisés en une fédération (Fordd) ce qui structure le champ de la formation et procure un interlocuteur important dans les échanges avec l'OFSP et sa Commission d'experts.

Face à cette situation, qui a par ailleurs provoqué un certain nombre de frictions puisque la Fordd poursuit ses propres objectifs, on peut se demander si la légitimité de la Commission d'experts dans sa mission de gérer l'offre de formation sur tout le territoire n'est pas à remettre en question. Etant donnée la situation actuelle, un pilotage par régions semble beaucoup plus opportun : la Commission d'experts serait chargée des modules alémaniques, la Fordd des modules romands et tessinois. Un premier pas dans ce sens a d'ailleurs été fait, puisque la Commission d'experts a attribué un mandat à la Fordd pour élaborer un document décrivant les besoins de formation en Suisse romande. Toutefois la relation reste verticale entre ces deux instances.

Si l'OFSP prend acte de certaines critiques de l'évaluation⁵⁹, en réintégrant les associations professionnelles dans le concept par exemple, il semble que l'adaptation à une nouvelle situation structurelle n'arrive pas à émerger. Pourtant, l'objectif initial de l'OFSP, à savoir d'institutionnaliser la formation continue, a été atteint, certes d'une autre manière puisque les acteurs romands se sont mobilisés, mais il ne faut pas oublier qu'en faisant cela, ils se sont aussi rassemblés, structurés et coordonnés, ce qui est bien la réponse à l'impulsion donnée par la Confédération. L'apparition de la Fordd a donc un double effet : d'une part elle structure une offre en fonction des particularités régionales ce qui correspond au concept développé par l'OFSP et, d'autre part, elle fait obstacle à l'une des dimensions de ce même concept en réduisant la concurrence entre les prestataires. Certaines conséquences devront en être tirées pour l'adaptation du dispositif global.

Il reste qu'un constat n'a pas encore été fait : la Fordd dédouble la Commission d'experts, et le dispositif global devrait être adapté en conséquence.

Les projets MeDroTox, dont les coordinateurs se réunissent et coordonnent désormais leurs activités dans un Collège (COROMA), représente un soutien évident au développement de la prise en charge de personnes toxicodépendantes par des médecins de premier recours. C'est un succès pour l'OFSP, après seulement trois années de mise en œuvre. En terme de participation, il semble que l'assistance à la prise en charge, et la possibilité de réorientation des cas lourds vers des centres spécialisés soient des aspects plus sollicités par les médecins que la formation continue en tant que telle, plus coûteuse pour les médecins dans le rapport entre le temps investi et le petit nombre de patients concernés parmi leur clientèle. Le soutien proposé par ce réseau permet donc de compléter efficacement les modules de la Commission d'experts, plus prisés par les médecins qui veulent se spécialiser dans le domaine de la dépendance. L'effet

de ces projets sur l'augmentation de la prise en charge semble se confirmer si l'on en croit l'expérience, plus longue, du canton de Vaud : des travaux exploratoires sur les données disponibles ont en effet permis de montrer que la prise en charge par des médecins généralistes augmente avec le temps, et notamment suite à l'introduction du programme PPMT^{mm}, sans pour autant que les centres spécialisés, ouverts plus récemment, ne viennent atténuer cette prise en charge^{mm}.

La constitution du COROMA et de la SSMA est une forme d'aboutissement pour les projets précurseurs que furent PPMT^{mm} et MeDroTox. C'est en tout cas une étape indispensable qui est franchie, en vue de l'éventuelle mise en place d'une spécialisation en médecine de l'addiction qui soit reconnue par la FMH. Au vu de ces bons résultats, on peut se demander si le développement d'un tel réseau ne serait pas également très utile en Suisse allemande.

^{mm} " From 1985 to 1999, the number of districts where methadone treatment was prescribed increased from 6 to 18. Between 1985 and 1999, the number of drug addicts in treatment and the number of doctors providing methadone treatment in the canton increased greatly in 18 of the 21 districts of the canton. The cartography illustrates that even the opening of specialized institutions for ambulatory treatment of drug addicts between 1996 and 1998 did not impede this progression ; the number of private doctors prescribing methadone still increased by 15% between 1996 and 1999. The average number of patients per doctor reach a peak in 1996 but decreased thereafter (6.27 in 1996 vs 5.27 in 1999). In 1999, the majority (87%) of the doctors providing methadone followed less than 10 patients. " In P. Morency, C. Kellerhals, O. Retel, T. Huissoud, F. Dubois-Arber (2001) Geographical spread of methadone treatments in a Swiss canton since 1985 : a tool for evaluation of prevention strategies. Abstract proposé au Congrès GEOMED 2001, Paris.

7 COORDINATION NATIONALE

7.1 INTRODUCTION

La coordination est une compétence traditionnelle de la Confédération, les cantons étant responsables de l'exécution des lois dans la plupart des domaines d'activités. En matière de toxicomanie, la tâche de coordination est spécifiquement inscrite dans la loi (art.15c LStup).

Le ProMeDro concrétise cette volonté par le biais d'une structure, la Plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues (PCS)ⁿⁿ relayant l'information entre les différents forums existants en Suisse. La PCS est co-financée par l'OFSP et l'Office fédéral de la police (OFP). Elle offre des services de rédaction (communiqués, prises de position, etc.) et de secrétariat pour les divers groupes de coordination existants sur les trois niveaux (Confédération, cantons, communes), intitulés les sept plates-formes^{oo} (cf. Tableau 7.1). Le but de la PCS est de favoriser la communication et la transmission de savoir-faire auprès des décideurs et des acteurs.

Ce réseau permet d'observer les problèmes qui émergent, et les solutions qui sont envisagées aux différents niveaux. A travers le soutien de ces plates-formes, l'OFSP espère " se distancer de positions politiques stigmatisantes, et favoriser les approches reconnues par les professionnels de " première ligne ", c'est à dire des intervenants en contact direct avec des personnes dépendantes "⁶⁴. Il s'agit d'améliorer les mesures et de définir des stratégies d'intervention. Les buts poursuivis sont d'institutionnaliser le dialogue, favoriser le consensus entre autorités et promouvoir l'engagement des cantons dans les décisions, stratégies et mesures concernant la politique en matière de drogue.

Tableau 7.1 Composition des plates-formes soutenues par la PCS

Niveau	Plate-forme	Membres en 1999	Membres en 2000
Confédération	<i>Groupe de travail interdépartemental pour les problèmes de drogue (GTID/IDAD)</i>	Administration fédérale féd. : OFJ, OFP, OFSP, Affaires sanitaires de l'armée, Secr. Gén. DFI, DMF, DFAE (ONU/OI)	Idem
	<i>Commission fédérale pour les problèmes liés aux drogues (CFPD/EKDF)</i>	Experts (14)	Idem
	<i>Groupe de travail " coordination avec la police " (Gt CoPo/Ag ZuPo)</i>	Social et santé (OFSP 3), Police (association des employés de police 2, Commandant police NE 1, OFP 1)	Association des employés de police : -1 Commandant police NE : -1
Cantons	<i>Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie (CDCT/KKBS)</i>	Fonctionnaires des 22 cantons membres (22 délégués) ; non-membres : AI, UR, OW, NW	+1 canton (NW)

ⁿⁿ Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz (KDS) renommée en février 2001 Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht (KDS)

^{oo} Terme utilisé par l'OFSP pour désigner des groupes de travail, des commissions ou des forums de discussion actifs dans le domaine de la toxicomanie.

Niveau	Plate-forme	Membres en 1999	Membres en 2000
Villes	<i>Conférence des délégués des villes aux questions de dépendance (CDVD/SKBS)</i>	Fonctionnaires des 19 villes membres : jusqu'à 3 représentants par ville (santé, social, police), 57 candidats potentiels, 42 membres inscrits	+1 ville Membres inscrits : -3
	<i>Plate-forme drogue de l'union des villes suisses (PDUVS/ DSSV)</i>	Exécutif des 28 villes membres	Idem
3 niveaux	<i>Comité national de liaison en matière de drogue (CNLD/NDA)</i>	Dir. admin. féd. (6), Exécutifs cantons (6), Exécutifs villes (6)	Idem

Source PCS (OFSP)

Formellement, l'OFSP est chargé de diriger la rédaction d'un rapport de synthèse élaboré sur la base des rapports réguliers que remettent les cantons concernant les problèmes de drogue.

En cas de crise, la coordination devient essentielle et c'est pourquoi l'OFSP souhaite définir sa politique face aux problèmes émergents. Un système d'alerte n'existe pas actuellement et un groupe de travail en étudie actuellement la pertinence et la forme éventuelle.

7.2 INDICATEURS DE MISE EN OEUVRE

7.2.1 Ressources

L'OFSP finance un poste de responsable à 80% et un poste de secrétariat à 50%. L'Office fédéral de la police (OFP) finance également un poste de travail à 100%, réparti entre la PCS et Gt.CoPo, avec notamment l'organisation de cours de formation continue interdisciplinaires (santé, social, police). Le total des ressources humaine s'élève ainsi à 230%. Toutefois, seule une partie de ces ressources (qui n'a pu être estimée ici) est directement allouée à la PCS puisque les deux principaux collaborateurs à l'OFSP et à l'OFP étaient également impliqués dans différentes autres activités au sein de leurs offices respectifs.

En 2000, le domaine de la coordination a subi deux importantes modifications organisationnelles. D'une part le secrétaire de la PCS a quitté son poste le 30 septembre 2000 et a été remplacé 5 mois après, soit le 1^{er} février 2001 (l'intérim a été assuré par le chef de la section Interventions drogue). D'autre part les postes de la PCS financés par l'OFSP ont été transférés de la section Conception et Recherche à la section Interventions Drogue, ce qui implique un changement de supérieur hiérarchique.

Le budget est surtout consacré aux plates-formes directement rattachées à la Confédération (CFPD, Gt.CoPo). Il se monte à 60'000 francs en 1999, et à 30'000 francs en 2000. Pour les autres plates-formes, rattachées aux niveaux des cantons et des villes, il s'agit essentiellement d'un service de secrétariat, ainsi que de l'organisation et du financement d'une journée de travail (séminaire) annuelle.

7.2.2 Réalisations

Le travail de coordination généré par les plates-formes assure l'animation du réseau d'acteurs, et aboutit le cas échéant à des prises de positions politiques (réponse à une procédure de consultation, communiqué de presse, lettre aux autorités politiques ou administratives, etc.).

Tableau 7.2 Participation aux groupes de coordination

Réalizations niveau	Plate-forme	Séances		Participation		Prises de positions	
		1999	2000	1999	2000	1999	2000
Confédération	GTID (IDAD)	0	1	-	n.d.	-	-
	CFPD (EKDF)	7	4	50%	71%	3	3
	CoPo (ZuPo)	6	4	57%	80%	1	1
Cantons	CDCD (KKBS)	3	3	64%	54%	3	
Villes	CDVD (SKBS)	2	2			-	-
	Membres Villes			36%	41%		
	PDUVS (DSSV)	2	n.d.	50%	-	3	n.d.
Confédération, Cantons, Villes	CNLD (NDA)	3	1	39%	n.d.	3	-
				39%			
				94%			
TOTAL		23	15			11	4

Source : OFSP, procès verbaux des plates-formes.

Les plates-formes ont produit un certain nombre de recommandations qui vont toutes dans le sens de la politique proposée par l'OFSP, à savoir le modèle des quatre piliers. Si en 1999 le nombre total de séances (23) et de prises de position (11) des plates-formes est appréciable, il chute nettement en 2000 : seulement 15 séances pour 7 plates-formes, et 2 prises de position. L'objectif de favoriser le consensus et celui de promouvoir l'engagement des cantons semble plus difficile à atteindre dans ces conditions, qui sont certainement dues à l'environnement, devenu moins pressant en matière de toxicomanie. Toutefois, le réseau d'acteurs est en place, est en contact, et peut apparemment être mobilisé en cas de besoin.

D'autres formes de réalisations ont été relevées : la Commission fédérale pour les problèmes liés aux drogues a rédigé un rapport sur le Cannabis⁶⁵ et le groupe de travail CoPo a organisé un cycle de formation continue à l'intention de 51 participants, ainsi que des journées d'impulsion.

Par contre, trois mesures prévues au début de l'année 2000 ont été soit différées, soit abandonnées :

- la politique de l'OFSP en matière de problèmes émergents n'a pas été définie (c'est seulement en mars 2001 qu'un groupe de travail est mis sur pied à ce sujet) ;
- le rapport de synthèse sur la situation dans les cantons n'a pas été produit ;
- la contribution de la PCS à la collaboration internationale sur les traitements de substitution n'a pas été concrétisée ; ce type d'action a toutefois été pris en charge par les responsables du programme de prescription d'héroïne (HeGeBe).

L'évaluation externe de la PCS, menée par l'Université de Genève⁶⁶, a soulevé un certain nombre de questions à propos de la dimension et du rôle de cette plate-forme. Sur cette base, des négociations internes sont en cours. A notre connaissance, aucune décision n'a été prise quand à la restructuration de la PCS proposée par cette évaluation, mis à part le déplacement de section de la PCS.

7.3 APPRÉCIATION

La PCS permet de mettre en contact un important réseau d'acteurs. Cela génère plusieurs niveaux de collaboration et d'échange d'information : de la Confédération vers les cantons et les villes (coordination verticale), entre chacun de ces 3 niveaux (coordination horizontale), entre représentants des systèmes politiques et administratifs. L'activité de la PCS favorise donc certainement l'atteinte de l'objectif principal de l'OFSP qui est de " Développer des stratégies communes d'intervention (cantons, villes et Confédération) "64 depuis plusieurs années.

En 1999, une évaluation de la PCS relevait les faibles ressources mise à disposition en regard des tâches définies par le Conseil fédéral lors de sa création. Deux années plus tard, ce manque de ressources est toujours d'actualité, malgré les besoins relevés. Si sur le principe la coordination nationale est une des tâches les plus importantes de la Confédération, et la plus légitime de toutes, il est surprenant de constater que c'est également le domaine qui bénéficie du plus petit budget. En effet les ressources consacrées à la coordination nationale sont minimales. Certes l'OFSP s'est doté de véritables centrales de coordination⁶⁷ pour gérer les interventions sur le terrain, comme COSTE dans le domaine des thérapies résidentielles, RADIX pour la promotion dans les communes et le BRR pour les institutions de réduction des risques. Mais sur le plan du réseau d'acteurs, les rôles ne sont pas clairement définis et les plates-formes sont plutôt sollicitées au gré des besoins de l'OFSP. Cela comporte le risque de voir les acteurs se sentir instrumentalisés, et les plate-formes mises inutilement en concurrence.

Enfin on remarquera que l'activité de ces plates-formes est également en lien, et c'est une évidence, avec l'actualité politique et sociale. En effet en 1999, la mobilisation s'effectue à propos de deux sujets : le vote populaire sur la prescription d'héroïne et la consultation sur la révision de la LStup. Par contre en 2000, on observe un certain manque d'actualité saillante, qui a pour conséquence une diminution de l'activité des acteurs impliqués dans la coordination nationale.

8 MIGRATION ET SANTÉ

8.1 INTRODUCTION

Le "Projet Migrants", initialement conçu pour communiquer aux communautés migrantes en Suisse les messages de prévention en matière de VIH/sida, a été mis en place en 1991. Le thème de la dépendance y a été intégré dès 1995. En 1996, le service "Migration" a été créé au sein de l'unité "Dépendances et sida" de l'OFSP. Il gère et coordonne actuellement une dizaine de projets, parmi lesquels le "Projet migration et santé (PMS)" a été jusqu'alors une des mesures principales. Le PMS, avec 5 chargés de prévention et l'appui d'un réseau de médiateurs, met en œuvre auprès de communautés migrantes ciblées des activités de prévention et de promotion de la santé, incluant les thèmes du sida, de la toxicomanie et des dépendances au sens large. Pour des raisons d'administration budgétaire et de gestion du personnel, l'OFSP gère le PMS par mandat externe via le Schweizerisches Tropeninstitut (STI) à Bâle.

8.1.1 Objectifs généraux

Selon les objectifs fixés par les responsables du ProMeDro à l'OFSP lors de l'élaboration des théories d'action en 2000⁹, l'intervention de l'OFSP dans le domaine Migration et santé consiste d'une part, à promouvoir l'appropriation des questions liées à la santé chez les migrants et, d'autre part, à institutionnaliser une offre s'adressant aux migrants dans les services sociaux et sanitaires en Suisse. L'atteinte de ces deux objectifs doit avoir pour conséquence de permettre une égalité des chances entre migrants et autochtones en matière de santé.

Pour favoriser l'appropriation des questions liées à la santé chez les migrants, l'OFSP intervient par la diffusion d'informations permettant d'améliorer leurs connaissances, par la promotion d'activités de prévention et de promotion de la santé dans les communautés, par la promotion des compétences et ressources disponibles chez la population étrangère et par la mise en contact ou en réseau des migrants et des professionnels de la santé suisses.

Pour soutenir l'institutionnalisation d'offres s'adressant aux migrants dans les institutions suisses, l'OFSP intervient par un soutien à la formation des traducteurs, par la mise à disposition d'informations et de matériel de formation, ainsi que par une participation au développement d'un projet pilote permettant d'aborder les questions d'accessibilité, de développement des compétences et d'institutionnalisation de l'offre. Finalement, il faut encore noter que l'OFSP s'est engagé dans une procédure de clarification des rôles, besoins et offres en Suisse dont il attend qu'elle contribue à une meilleure utilisation des compétences et une meilleure valorisation de l'offre existante en Suisse.

8.1.2 Mesures et objectifs spécifiques^{pp}

L'OFSP entend soutenir l'essor de la traduction et des **traducteurs en milieu médical**. Pour cela, il soutient financièrement un projet de standardisation de la formation dans ce domaine.

Le développement de **matériel d'information et de documents de formation** constitue une importante mesure de l'OFSP. A l'intention des professionnels de la santé, il a financé un guide pour la prévention et la promotion de la santé avec les migrants et la conception de matériel de prévention du VIH à l'intention des personnes travaillant dans le domaine de l'asile. Pour les migrants, il soutient le développement d'une brochure d'information sur le système de santé suisse et une nouvelle brochure pour la prévention du VIH.

^{pp} Définies lors des théories d'action en 2000⁹.

Le **Projet Migration & Santé** (PMS) est toujours l'une des principales mesures de l'OFSP dans ce domaine. Il constitue un vecteur de transmission d'informations à l'intention des communautés de migrants, de collaboration avec les médias et institutions des étrangers en Suisse, de formation de médiateurs au sein des communautés et de sensibilisation des institutions suisses sur les problématiques liées à la migration. Il s'agit d'un instrument permettant de recueillir les besoins et demandes tant chez les migrants que chez les professionnels de la santé.

L'OFSP soutient également divers projets sur le thème de la santé des migrants. On y trouve la promotion du modèle bâlois **Internetz**, le co-financement d'un **centre de compétence " Migration et santé "** et le soutien à un projet pilote **" Migration et dépendances "**. Ces divers soutiens visent essentiellement l'élaboration et la diffusion de projets originaux dans ce domaine.

L'OFSP continue de soutenir certaines activités du **Centro Scuola et Famiglia** à Zürich qui concernent les problèmes de dépendances chez les italiens et les albanais de la région zurichoise. Finalement, l'OFSP est impliqué dans le développement d'un projet de prévention du VIH/Sida auprès des communautés africaines.⁹⁹

8.1.3 Changements conceptuels et organisationnels

En 1999, une réflexion conjointe de l'OFSP avec l'Office fédéral des étrangers, l'Office fédéral des réfugiés et la Commission fédérale des étrangers a été initiée, dans le but d'établir une **stratégie fédérale** en matière de santé des populations migrantes pour les années 2001 à 2005^{rr}. Le Forum suisse pour l'étude des migrations (FSM) a été mandaté pour élaborer, à travers une recherche de type *Delphi*, les documents de base qui ont servi à l'élaboration de ladite stratégie.

En parallèle, l'ensemble du Programme migration et santé (le service de l'OFSP et le PMS) a été évalué également par le FSM. Les deux études - la stratégie⁶⁸ et l'évaluation⁶⁹ - ont été finalisées au printemps 2001. La première est mise en consultation au niveau national ; les conclusions et propositions de la seconde sont actuellement mises en œuvre par l'OFSP.

L'évaluation relève le caractère innovateur du PMS, attribué en particulier au recrutement de membres issus des communautés, c'est-à-dire à l'approche participative du concept des médiateurs/multiplicateurs. Par ailleurs, le PMS aurait rendu visible les préoccupations et les besoins des migrants résidant en Suisse, facilité la formulation de revendications correspondantes et permis l'ancrage institutionnel réalisé par la création d'un service propre au sein de l'OFSP. Le choix d'élargir le rayon d'action initialement restreint à la problématique VIH/sida fut justifié à l'époque (1995/1996), d'une part pour éviter un sentiment de stigmatisation et d'autre part pour répondre à d'autres préoccupations exprimées. En effet, des résultats d'études prouvant une propagation supérieure à la moyenne des problèmes de toxicomanie auprès des jeunes de deuxième et troisième génération de migrants furent avancés. Etant donné que l'accent devait être mis dès lors sur les champs d'action " prévention du VIH/sida et des drogues, ainsi que sur la promotion de la santé ", les chargés à la prévention avaient une large marge de manœuvre pour agir en fonction des besoins de leurs communautés respectives. Ainsi, dans certaines communautés, l'accent était plutôt mis sur la prévention du sida (Turquie, Kosovo), tandis que d'autres recevaient manifestement plus d'attention sur le plan de la prévention des drogues (Portugal, Espagne) ou, presque exclusivement, dans le domaine des dépendances (Italie). Selon les évaluateurs, le passage d'un projet pilote proche de la base et ayant un caractère expérimental, fortement basé sur l'engagement personnel, à une institution professionnelle avec des fondements conceptuels et une structure de communication, n'a pas pu être mis en œuvre de manière satisfaisante.

Le contrat actuel du PMS avec le STI arrivant à échéance début 2002 et la nouvelle stratégie globale pour les prochaines années ayant été formulée, des changements conceptuels et organisationnels sont envisagés.

⁹⁹ Par une réorientation récente des activités du Centro Scuola, le soutien de l'OFSP n'a pas été renouvelé suite au contrat qui est arrivé à terme en 2001.

^{rr} Au vu des prolongations de délais, elle a été formulée finalement pour 2002-2006.

Au vu de la consultation et des discussions en cours, les décisions définitives ne sont pas encore prises dans tous les domaines. Néanmoins, les principaux changements envisagés sont les suivants :

- en ce qui concerne la stratégie globale de l'intervention du Service Migration et santé, comme déjà initié pendant les deux dernières années, les champs d'intervention principaux seront dorénavant définis de la manière suivante :
 - **domaine de formation** : interprétariat, médiateurs interculturels, professionnels de la santé ;
 - **information, prévention, promotion de la santé** dans la population immigrée et sensibilisation des fournisseurs de prestations ;
 - **soins de santé** : services de médiation et de coordination, offres faciles d'accès dans les agglomérations, recours à des services d'interprètes ;
 - **offres thérapeutiques pour victimes de traumatismes** : différenciation de l'offre et offres faciles d'accès ;
 - **recherche** fondamentale axée sur la résolution de problèmes, évaluation de mesures, monitoring de la santé dans la population immigrée ;
- le rôle de pilotage qui incombe à l'Etat et celui de l'intervention sera dorénavant séparé plus clairement ; la mise en œuvre concrète des mesures sera dès lors confiée à des partenaires tiers ayant une bonne connaissance du terrain et des problèmes ; l'OFSP n'assurera plus la direction opérationnelle de projets, comme elle l'a fait pour le PMS jusqu'à présent ;
- le contrat avec le STI ne sera pas renouvelé pour la gestion du PMS ; le travail de terrain, d'approche des communautés migrantes, sera dorénavant délégué à des tiers, en soutenant des projets dans une ou plusieurs structures nationales ou régionales de services sanitaires standards^{ss} ; il s'agit de réorienter l'action centrée sur les communautés^{tt}, actuellement menée par le PMS, vers une approche par thèmes ;
- les moyens financiers mis à disposition seront globalement renforcés pour ces prochaines années.

L'OFSP va avoir un rôle central dans la mise en œuvre et dans la coordination de la nouvelle stratégie.

8.2 INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE

8.2.1 Ressources humaines et financières

D'emblée, il faut mentionner que les ressources en terme de collaborateurs/trices et en terme de budget attribuables au ProMeDro sont difficilement chiffrables pour le domaine Migration et santé. On libellera ci-après l'ensemble des ressources mises en œuvre, tout en sachant qu'à travers les réalisations concrètes, on aborde d'une part des aspects de traduction et d'intégration à la culture de notre pays ainsi que de promotion de la santé, qui sont des thèmes généraux. D'autre part, la prévention des dépendances vise autant des produits légaux qu'illégaux. Selon le poids que l'on attribue à chacune des mesures, **on estime que la part attribuable au ProMeDro doit se situer entre un cinquième et un tiers (maximum) de l'ensemble des ressources mises en oeuvre.**

Pendant la période 1999/2000, seul le responsable du service Migration est directement engagé par l'OFSP (90%). Les autres collaborateurs/trices sont engagés par le STI et leurs frais de salaires sont inclus dans le budget du PMS (cf. Tableau 8.1). La responsable du PMS (90%) et la secrétaire (65%) occupent néanmoins des bureaux à l'OFSP. Les cinq chargés de prévention pour les communautés occupent des bureaux à

^{ss} Par exemple : Croix-Rouge, Caritas, Appartenances, etc.

^{tt} Cette action s'inspire de l'approche communautaire et les communautés sont définies en fonction de leurs nationalités.

l'extérieur de l'OFSP. Au total, cela représente 665% de travail répartis sur 8 personnes qui sont directement ou indirectement engagés à l'OFSP. A noter qu'en plus, un poste administratif à 80% est financé au STI pour la gestion du PMS.

Tableau 8.1 Répartition du budget 1999 et 2000

Mesure	Budget 1999	Budget 2000
Projet Migration et Santé - PMS (Tropeninstitut Basel)	*1'134'500	*1'170'500
Strategiepapier Migration und Gesundheit 2001-2005. (Forum für Migrationsstudien, Neuchâtel)	67'000	**20'000
Formation, promotion de la santé et prévention. (Appartenances, Lausanne)	125'300	48'000
Suchtprävention für Kinder und Jugendliche der 2. und 3. Generation (Centro Scuola e Famiglie delle Colonie Libere Italiane, Zurich)	81'800	82'660
Guide pour le travail de prévention et de santé communautaire avec les migrants. (IUMSP Lausanne)	42'000	5'200
Erarbeitung von Ausbildungs- und Qualitätsstandards im Bereich Dolmetschen im Gesundheitswesen. Betrieb einer Koordinationsstelle. (IG Interpret, Bern)	0	70'000
Realisierung eines didaktischen Videos zum Einsatz von DolmetscherInnen. (IG Interpret, Bern)	0	50'000
Fachstelle Migration und Gesundheit Ostschweiz (Caritas Schweiz, Luzern)	0	140'000
Fachstelle Migration und Gesundheit (SRK, Bern) + production matériel didactique + brochures VIH/sida (OFSP)	0	400'000
Inventaire des besoins pour la réalisation d'un centre de compétences Migration et santé en Suisse romande. (Appartenances, Lausanne)	0	15'000
TOTAL	1'450'600	2'001'360

* Notons que pour le PMS, la clé de répartition de l'ensemble du contrat (1.6.98-28.2.02, soit 4'313'675 francs) sur les différentes rubriques prévues au budget est la suivante :

· Toxicomanie (prévention)	28.8%
· VIH/sida	31.6%
· Alcool/tabac	4.1%
· Contrôle sanitaire aux douanes	35.5%

** Ne figure ici que la part prise en charge par l'OFSP. Effectivement, le budget réservé pour 2000 est de 70'000 francs, dont 30'000 francs sont pris en charge par la Commission fédérale pour les étrangers et 20'000 francs par l'Office fédéral des réfugiés

En 2000, plusieurs nouveaux projets ont pu être mis en place grâce à un contrat de subventionnement entre l'OFSP et la " Croix-Rouge Suisse " (CRS), dont le service Migration peut dès lors bénéficier annuellement de prestations pour un montant de 520'000 francs ; la CRS œuvre essentiellement à la mise en place d'un centre de compétence " Migration et santé " dans le domaine de la formation du personnel soignant. Les budgets prévus pour les années à venir sont en augmentation, le rôle de l'OFSP allant être renforcé dans la mise en œuvre de la nouvelle stratégie.

8.2.2 Réalisations 1999 et 2000

Tableau 8.2 Interventions et réalisations du domaine Migration et Santé

Mesure	Depuis	Interventions-réalisations en 1999 et 2000
Projet Migration et Santé - PMS (Tropeninstitut Basel)	1991	<i>Les indications quantitatives se basent sur des critères non-homogènes ; elles n'ont dès lors qu'un rôle indicatif</i>
Population ciblée	Médiateurs en fct. fin '00	Activités d'interventions, information, sensibilisation, prévention, etc.
Population espagnole	57	~46 actions/année, dont cours/formation/échange p. médiateurs et chômeurs, séances d'association et articles médias
Population italienne	22	~100 actions/année, dont ~ la moitié par le chargé de prévention PMS et l'autre moitié par les multiplicateurs
Population portugaise	76	~14 actions/année
Population turque	62	~15 actions/année, dont travail de médias et cours pour parents
Population albanophone et d'ex-Yougoslavie	62	20-50 actions/année auprès de requérants d'asile, dont travail de médias, conseil/supervision pour projets-santé ; formation de médiateurs
Erarbeitung der Grundlagen für Strategiepapier Migration und Gesundheit 2001-2005. (Forum für Migrationsstudien, Neuchâtel)	1999	Méthode Delphi initiée en 1999 et finalisée en 2000 (consultation de 250 experts et institutions) ; élaboration d'un rapport final
Promotion Internetz	1995	Séances (5 en 2000) du chef de service avec des représentants de divers cantons
Formation, promotion de la santé et prévention. (Appartenances, Lausanne)	1994	contrat terminé fin 1999 : Rapport d'évaluation, Anne Dentan. Formation et supervision de multiplicateurs professionnels dans le domaine de la santé + agents de prévention bénévoles
Suchtprävention für Kinder und Jugendliche der 2. und 3. Generation (Centro Scuola e Famiglie delle Colonie Libere Italiane, Zurich)	1993	Ligne téléphonique " Linea droga " ; initiation d'un groupe d'entraide pour parents et proches ; prévention en classe dans les écoles ; production d'un fascicule de promotion de la santé pour l'enseignement
Guide pour le travail de prévention et de santé communautaire avec les migrants. (IUMSP Lausanne)	1999	Elaboration et production du guide en français et traduction en allemand (édition non finalisée)
Realisierung eines didaktischen Videos zum Einsatz von DolmetscherInnen. (IG Interpret, Bern)	2000	Elaboration du scénario en français
Fachstelle Migration und Gesundheit Ostschweiz (Caritas Schweiz, Bern)	2000	Création d'un centre de compétence ; Constitution d'un groupe d'experts
Fachstelle Migration und Gesundheit (SRK, Bern)	2000	Mise en place d'un centre de compétence ; ébauche d'un guide de santé et 3 cours de sensibilisation aux personnes migrantes (renforcement des compétences des communautés migrantes) ; cours pilote pour professionnels de la santé (formation et sensibilisation aux compétences transculturelles du personnel de santé).
Inventaire des besoins pour la réalisation d'un centre de compétences Migration et santé en Suisse romande. (Appartenances, Lausanne)	2000	Rapport final

8.2.3 Couverture 1999 et 2000

Les indications quantitatives de la population rejointe par le PMS se basent sur des critères non-homogènes. On n'a dès lors que peu d'indications sur la qualité ou la profondeur de l'information transmise ou reçue. On sait par exemple que la population hispanophone, turque et d'ex-Yougoslavie rejointe comprend le taux d'écoute d'une émission de radio ou le spectre de diffusion d'un journal, alors que la population lusophone rejointe se base sur des interventions face à un public intéressé, avec possibilité d'interagir en profondeur. Le taux de couverture n'a donc une validité que très relative, qui permet néanmoins de poser des hypothèses et de mener une discussion sur les objectifs qualitatifs et quantitatifs que l'on souhaite atteindre.

Tableau 8.3 Population rejointe par le domaine Migration et Santé

Exemples de mesures	Population rejointe	Population de référence	Taux de couverture
Projet Migration et Santé - PMS (Tropeninstitut Basel) - 1999		^{uu} 1'406'630	
population hispanophone	10'078	108'946	9.25%
population italienne	1'800	329'773	0.55%
population lusophone	500	143'309	0.35%
population turque	10'000	80'630	12.40%
population d'ex-Yougoslavie	20'000	337'090	5.93%
Suchtprävention für Kinder und Jugendliche der 2. und 3. Generation (Centro Scuola e Famiglie delle Colonie Libere Italiane, Zurich) - 1999	511 parents et jeunes par " linea droga "		
	3 écoles italiennes (prévention)	23 écoles	13%
Erarbeitung der Grundlagen für Strategiepapier Migration und Gesundheit 2001-2005. (Forum für Migrationsstudien, Neuchâtel) - 2000	250 rapports envoyés en consultation	---	---
Promotion Internetz - 2000	6 cantons	26 cantons	23%

8.3 APPRÉCIATION

On peut sans doute parler d'un haut degré de réalisation par rapport aux objectifs fixés. Les tableaux ci-dessus montrent que dans le domaine Migration et santé, les ressources mises en œuvre pour les aspects de planification stratégique prennent une importance majeure. Par contre, il reste moins de temps au travail de controlling de ces mesures, le recueil d'informations quantitatives et qualitatives de l'effet qu'elles produisent et qui permettraient d'estimer combien de personnes ont été touchées, par quel genre d'information ou d'intervention, ce qui est l'essence même d'un monitoring. Au niveau de l'OFSP, ces informations ne sont pas répertoriées. Pour les obtenir, il est nécessaire de consulter les partenaires contractuels : certains en récoltent et peuvent effectivement les fournir sur demande, d'autres pas.

^{uu} Sources : Office fédéral des statistiques (OFS), Office fédéral des réfugiés (OFR), Office fédéral des étrangers (OFE).

A considérer les réalisations en 1999 et 2000, on constate toutefois que de nombreuses actions et interventions ont été réalisées. Aussi, compte tenu des objectifs fixés dans la théorie d'action, de nombreuses nouvelles activités ont été engagées, notamment en 2000, qui se concrétisent par de nouveaux contrats. Une des stratégies nouvelles est d'initier des centres de compétences soit thématiques (ex. de la Croix-Rouge Suisse pour la formation des professionnels de la santé), soit régionaux (ex. de Caritas en Suisse orientale).

La pratique de l'interprétariat et de la médiation interculturelle sont des modèles qui s'imposent et qui doivent être renforcés aussi dans une nouvelle organisation structurelle. La mise en réseau, d'une part entre professionnels et institutions oeuvrant dans le domaine de la santé et d'autre part entre les personnes migrantes à l'intérieur des communautés, est également une bonne base de travail qui doit être renforcée à l'avenir. Enfin, la participation des personnes concernées aux projets et donc la formation et la professionnalisation des personnes migrantes elles-mêmes, représente une force et une pratique qu'il s'agit de poursuivre. La mise en réseau dans les communautés et la participation sont les éléments concrets qui donnent du contenu au concept d'empowerment qu'il s'agit de soutenir.

Un changement de paradigme comporte des chances et des risques. Il suscite des résistances aux changements pour les personnes et les partenaires institutionnels qui sont impliqués. Garder les bonnes pratiques éprouvées, quitter les pratiques problématiques ou qui se sont avérées peu fructueuses, intégrer les nouvelles tâches et idées, tels sont les défis du changement. Il s'est avéré que l'approche communautaire, où un seul chargé de prévention, expert pour une communauté migrante en Suisse, avec le soutien d'un réseau de médiateurs/trices, n'avait pas les moyens de toucher toute la communauté avec tous les thèmes et en couvrant toute la Suisse : souvent, les chargés de prévention sont spécialistes dans un des domaines d'action (toxicomanie, sida, dépendances, promotion de la santé) en privilégiant une forme d'intervention (formation, actions de prévention, consultation individuelle ou de groupe, etc.). Le genre (être homme ou femme) influence également la sensibilité des thèmes abordés. Pour les chargés de prévention dans le cadre du PMS, actuellement engagés par le STI, ces limites sont reconnues. Or, l'incertitude quant à l'avenir est perceptible : la décision que les chargés de prévention devront se réorienter et s'intégrer dans de nouvelles structures est désormais prise. Le changement fondamental de l'OFSP de passer d'une approche communautaire à une approche d'intégration pose néanmoins des questions. En effet, il y a un risque que la prévention et la promotion de la santé dans les communautés se perde, puisque dorénavant, elle ne sera plus pilotée par la Confédération, mais, dans le meilleur des cas, par les nouveaux partenaires, par thèmes ou par régions. L'approche différenciée par cultures n'est plus garantie et les différents réseaux, actuellement existants, de médiateurs et de multiplicateurs qui ont été formés vont peut-être se perdre.

Une autre difficulté est apparue lors de l'établissement de ce monitoring : l'OFSP a donné en 1999 trois mandats, dont la simultanéité des émulations comportait un potentiel conflictuel. Il s'agit de l'évaluation de l'ensemble du Programme Migration et Santé, de la mise en place d'une stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006 et enfin de l'établissement d'un guide des bonnes pratiques dans le domaine Migration et santé. Le mandat d'évaluation du PMS et celui de la mise en place du processus d'élaboration de la stratégie ont été attribués au même mandataire. Un tel double mandat a l'avantage d'être efficace au niveau de la connaissance de la matière et des synergies qui peuvent se créer, par contre l'indépendance de la pensée évaluative (rétrospective) et celle de la pensée stratégique (prospective), n'est pas donnée dans cette constellation. La difficulté a été amplifiée lorsque l'OFSP a donné mandat d'établir en même temps un guide des bonnes pratiques - qui se base par définition sur les expériences du passé, dans le but de faire un inventaire des prestations et des institutions en place actuellement. Ce projet de guide est devenu obsolète par la réorientation stratégique qui a eu lieu, raison pour laquelle il n'a pas été publié. Notons que l'élaboration du guide et le mandat d'évaluation globale du ProMeDro par le même mandataire comporte les mêmes effets positifs de synergie, mais aussi les mêmes risques d'interdépendances que décrits ci-dessus.

Enfin, en considérant l'environnement général, il faut relever que le débat public en 2000 autour de la votation populaire sur la limitation du taux d'étrangers en Suisse et le résultat clair à l'issue de ce scrutin, a donné une base favorable à la politique d'intégration et de promotion de la santé pour la population migrante dans notre pays. Quant à savoir, s'il faut des mesures particulières, spécifiques en matière de toxicomanie pour les populations migrantes, la question reste ouverte. Par contre, il est incontesté que la problématique de la dépendance doit avoir sa place dans les mesures mises en places en faveur de la santé des migrants en Suisse.

9 EPIDÉMIOLOGIE

9.1 INTRODUCTION

Les buts de ce domaine du ProMeDro sont de fournir des données de base sur la fréquence de la consommation, de la dépendance, de la morbidité, de la mortalité, des traitements et de la délinquance, ainsi que l'utilisation de ces données pour décrire aussi précisément que possible la situation prévalente et dégager des tendances et développements en cours ou à venir².

Les activités de l'OFSP comprennent tout d'abord le financement et la gestion de contrats concernant des récoltes de données régulières ou ponctuelles :

Tableau 9.1 Contrats et projets en cours

		Année(s) d'enquête	Type (design, pop. étudiée, etc.)
Statistiques	FOS	dès 1995 (continu)	Clientèle des centres de traitements résidentiels (drogue), formulaires entrée/sortie,
	SAMBAD	dès 1994 (continu)	Clientèle des centres de traitements ambulatoires (alcool et drogue), formulaire entrée sortie, relevé mensuel dès 1995
	SAKRAM	dès 1992 (continu)	Clientèle des centres de traitements résidentiels (alcool et médicaments)
	METHADONE	dès 1999 (continu)	Autorisations de traitement à la méthadone
Enquêtes	ESS	1997	Analyses secondaires des données concernant la consommation alcool, tabac, médicaments, drogues illégales (trends enquête suisse sur la santé)
	HBSC	78, 86, 90, 94, 98, 02	Santé des écoliers (OMS-ISPA)
	SMASH ^{vv}	96, 02	Santé des adolescents de 15 à 20 ans (IUMSP de Lausanne et Université de Berne)

L'une de ces récoltes de données, la statistique méthadone, est directement menée par l'OFSP qui assure aussi le développement des outils techniques (questionnaires, support informatique) nécessaires. Quant aux autres récoltes de données, leur réalisation est confiée à des tiers (ISPA, ISF, OFS) et l'OFSP soutient, supervise et finance leur développement.

L'harmonisation des statistiques de traitements constitue un élément essentiel du dispositif permettant de mieux connaître la situation de la consommation de drogues en Suisse. En effet, ce pays connaît à la fois une importante proportion de consommateurs de drogues en traitement et dispose de multiples statistiques établies concernant les différents secteurs des traitements. Le développement de ces statistiques s'est cependant déroulé de manière insuffisamment coordonnée et il en résulte que les données existantes ne permettent ni la comparaison entre les différents types de traitement, ni une description homogène de la situation en cours. Dès lors, l'effort d'harmonisation des différentes statistiques constitue l'une des premières priorités dans le domaine de l'épidémiologie. Le projet Act-Info, lancé en 1999 par l'OFSP et l'OFS, vise le soutien et l'harmonisation des statistiques sur les traitements afin de les rendre plus pertinentes. L'idée de base est de créer un instrument commun (questionnaire unique), pouvant être

^{vv} Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health.

complété par des modules spécifiques à chaque type de traitements voire chaque type d'institutions, et reposant sur un réseau informatique permettant la saisie et l'analyse des données depuis de multiples sites^{ww}. Trois groupes de travail (sciences et fusion, réalisation technique, réalisation opérationnelle) doivent permettre la réalisation de cette idée.

Au niveau de l'organisation interne, la personne responsable de l'épidémiologie des drogues illégales a quitté l'OFSP en 2000 et les trois autres collaborateurs travaillant dans ce domaine ont été transférés de la division " Santé Publique " à la division " Dépendances et SIDA ", au sein de la section " Conception et recherche ". Cette réorganisation du service de l'épidémiologie des drogues illégales a retardé certaines activités pendant plusieurs mois. De plus, certaines tâches auparavant assumées par le responsable ont été transférées aux collaborateurs restants (développement des contrats, Act-Info).

9.2 INDICATEURS DE MISE EN OEUVRE

9.2.1 Ressources humaines et financières

Les activités du domaine épidémiologie étaient gérées en 1999-2000 par trois collaborateurs. Ils occupaient respectivement un poste à 80% pour la gestion des collectes de données ponctuelles et régulières, un poste à 50% pour l'harmonisation des statistiques nationales (auquel s'ajoute, pour la même personne et la même activité, un poste à 50% financé par l'OFS) et un poste à 80% pour la statistique Méthadone (40% en 2000). Le total des ressources humaines est donc de 210% en 1999, et de 170% en 2000, auxquels s'ajoutent les 50% financés par l'OFS. Les ressources budgétaires de l'OFSP sont ventilées selon les différents projets :

Tableau 9.2 Budget consacré au domaine épidémiologie (en francs)

		1999	2000	Contrat	Durée	Tendance
Statistiques	FOS ^{xx}	207'287	207'287	849'642	1/97 - 12/00	→
	SAMBAD ^{yy}	296'230	296'230	712'155	9/98 -12/00	→
	SAKRAM ^{zz}	~ 90'000	-	270'426	4/97 - 1/00	?
	METHADONE ^{aaa}	136'000	150'000	-	-	→
Harmonisation	Act-Info ^{bbb}	150'000	452'000	-	-	↑
Enquêtes	ESS ^{ccc}	~ 159'375	~ 159'375	637'500	97 - 00	→
	HBSC ^{ddd}	-	100'000	1'267'559	12/00 - 11/04	↑

^{ww} www.act-info.ch.

^{xx} Statistique nationale des traitements résidentiels.

^{yy} Statistique des traitements et prises en charge ambulatoires dans le domaine de l'alcool et des drogues.

^{zz} Statistique nationale des centres de traitement résidentiels pour les personnes alcooliques et dépendantes aux médicaments.

^{aaa} Statistique nationale des autorisations de traitement à la méthadone.

^{bbb} Statistique nationale harmonisée sur l'assistance et la thérapie dans le domaine des dépendances (projet).

^{ccc} Enquête Suisse sur la Santé.

		1999	2000	Contrat	Durée	Tendance
Expertises	Canada		~ 6'600		10/00	Unique
	Italie		7'200		11/00	Unique
	Allemagne		45'000		12/00 - 2/01	Unique
TOTAL		1'038'892	1'423'692			↑

Le budget total du domaine a augmenté d'environ 40% entre 1999 et 2000. Cette croissance est particulièrement attribuable aux nouvelles ressources mobilisées pour le projet Act-Info (+302'000 frs). En outre, l'année 2000 a aussi donné lieu à différents mandats d'expertises exceptionnels (voir ci-dessous) dont le coût total équivaut à un peu plus de 50'000 frs.

9.2.2 Réalisations

En préparation de l'éventuelle introduction de la nouvelle LStup, trois avis ont été demandés en 2000 à des experts internationaux concernant l'impact de la dé-criminalisation du cannabis. Ces expertises sont les suivantes :

- " Short expertise about the impact of cannabis decriminalization " (Single and ass., Canada)
- " Short expertise about the impact of cannabis decriminalization " (Luigi Solivetti, Italie)
- Expertise zu den Auswirkungen der Cannabisentkriminalisierung im europäischen Vergleich" (Prof. Reuband, Allemagne)

Les récoltes de données et analyses dans le cadre des statistiques de traitement se sont poursuivies durant les années 1999 et 2000, et ont donné lieu à la participation suivante :

Tableau 9.3 Participation aux statistiques

	METHADONE		FOS⁷⁰		SAMBAD⁷¹		HeGeBe⁷²	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Centres	-	-	84	79	110	113	16	20
Cantons	8* /26**	9* / 26**	19	18	26	26	8	11

* Cantons ayant adopté le software commun ;

** Cantons fournissant les données générales.

La participation aux différentes statistiques n'a pas fondamentalement évolué entre 1999-2000 et les taux de couverture cantonale sont restés à peu près les mêmes. Seule la statistique HeGeBe connaît une évolution positive mais celle-ci reflète d'abord et avant tout l'expansion du programme puisque la participation à cette récolte de données est obligatoire. Quant à la nouvelle statistique méthadone, elle va connaître une évolution rapide prochainement puisque les outils (questionnaire, software) nécessaires à sa diffusion sont établis. Début 2001, déjà 14 cantons avaient adopté le questionnaire et le logiciel. En outre, il est désormais possible de suivre l'évolution des autorisations de traitements à la méthadone sur le site

ddd Health Behaviour in School-aged Children.

internet d'Act-Info. Finalement, en prévision de la conférence nationale NASUKO, un groupe travaille à l'analyse des données disponible en Suisse sur les traitements de substitution avec méthadone.

En ce qui concerne le projet d'harmonisation Act-Info, le groupe d'accompagnement " Sciences et fusion des statistiques ", a produit en 2001 un questionnaire uniformisé construit sur la base d'un large consensus⁷³. Ce questionnaire est compatible avec le protocole " Treatment demand indicator (TDI) " développé par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) et le groupe Pompidou. L'utilisation du questionnaire devrait être testée dans la seconde partie de l'année 2001. La réalisation du software pour la saisie et l'analyse de la statistique uniformisée Act-Info est, en revanche, retardée. Un appel d'offres à ce sujet devrait être lancé fin 2001.

9.3 APPRÉCIATION

Nous limitons ici l'analyse aux deux principaux projets impliquant l'OFSP dans le domaine de l'épidémiologie, soit Act-Info et la statistique méthadone.

9.3.1 Harmonisation des statistiques nationales

Les efforts investis pour choisir un logo et un nom spécifiques au projet ont été récompensés ; l'acronyme " Act-Info " est désormais utilisé par tous les partenaires, qu'ils soient francophones, alémaniques ou tessinois, et il permet au projet d'avoir une identité propre, d'être connu et reconnu.

Le projet se construit progressivement et la réalisation du questionnaire uniformisé constitue sans aucun doute une étape importante de son développement. En outre, l'implication des principaux chercheurs suisses travaillant dans ce domaine favorise non seulement la qualité du produit final, mais aussi l'acceptation du projet et son implantation. L'ISPA et l'ISF, par exemple, ont été présents dans les groupes de travail en 2000 et sont responsables de projets pilotes en 2001. A l'inverse, il faut aussi noter que les différentes fonctions attribuables à la statistique uniformisée (registre, base de données administratives, épidémiologiques, de recherche) ne facilitent pas toujours l'obtention de consensus chez les partenaires impliqués. Il semble aussi que certaines décisions importantes restent à être prises : s'agira-t-il d'une statistique d'entrée et de sortie des traitements seulement, comme c'est le cas pour FOS, ou portera-t-elle aussi sur le suivi de ceux-ci, comme c'est le cas pour la statistique méthadone ? Y aura-t-il un identificateur commun des personnes (registre anonymisé) ? Et, qu'advient-il des statistiques existantes, se poursuivront-elles sous d'autres formes ou seront-elles complètement remplacées par la statistique unifiée ?

Concernant la réalisation technique, la description des alternatives possibles et une estimation des coûts nécessaires ont été réalisés au début 2001, mais les décisions stratégiques et financières seront prises au plus tôt à la fin de l'année 2001, soit avec plus d'une année de retard. Or, en l'absence d'un outil informatique, la statistique uniformisée se limite jusqu'ici à une refonte des questionnaires utilisés par les différentes statistiques et il serait encore relativement complexe de produire des résultats comparatifs.

Act-Info est un projet impliquant de nombreux partenaires, mais les ressources humaines affectées à ce projet à l'OFSP (et à l'OFS) sont assez limitées. En 2000, le temps de travail total des collaborateurs sur ce projet a diminué, alors que l'ampleur du travail a augmenté, le projet entrant dans une phase importante de son développement. Le départ de la cheffe de projet en 2001 accentue encore cette problématique. Enfin tout le processus est très lent et n'a pas bénéficié d'un soutien suffisant de l'OFSP, malgré le coût important du projet.

Si le projet Act-Info permet de contribuer au système européen (Reitox), grâce aux indicateurs de traitements, la majorité des autres indicateurs nécessaires sont produits en Suisse par d'autres services ou administrations (OFSP/Maladies infectieuses, OFP/Décès liés à la drogue, etc.). Actuellement, aucun service ne procède au rassemblement d'un portrait épidémiologique de la toxicomanie en Suisse compatible avec le cadre défini par l'OEDT.

9.3.2 Statistique Méthadone

La consolidation de la statistique " méthadone " est en bonne voie avec le recrutement de nombreux cantons. Pratiquement, les administrations cantonales ont exprimé des besoins particuliers et utilisent des questionnaires adaptés, ce qui implique que chaque modification ultérieure du questionnaire (par ex. pour intégration à Act-Info) ou du logiciel " méthadone " exigera une coordination et des ressources importantes. De plus l'évolution rapide des logiciels utilisés par les administrations (ex. Office 1997, puis Office 2000 et bientôt Office XP, format XML, etc.) limite nécessairement la durée de vie du logiciel " méthadone " ^{ccc}, et rend nécessaire des modifications ou adaptations (upgrade) périodiques⁷⁴. Par ailleurs certains cantons possèdent déjà leur propre système pour gérer les autorisations. Même parmi ceux ayant adopté le logiciel " méthadone ", il y a une grande diversité des pratiques, et les données ne sont pas nécessairement collectées et analysées par tous les cantons (ex. groupe d'âge).

Il est aussi à noter que l'implantation du questionnaire et du logiciel " méthadone " s'étale sur plusieurs mois, voire sur plus d'une année, compte tenu des différentes étapes : familiarisation avec les outils, introduction du questionnaire auprès des médecins prescripteurs, utilisation du nouveau et de l'ancien logiciel en parallèle, etc.

Le développement d'un logiciel pour soutenir les cantons dans la gestion des autorisations délivrées favorise certainement l'implantation du questionnaire " méthadone ". De plus, bien que la structure et les fonctions principales du logiciel soient les mêmes, certains cantons ont pu adapter le questionnaire et le logiciel en fonction de leurs propres besoins. Finalement, la constitution d'un groupe de travail pour la statistique méthadone composé des médecins cantonaux ou de leurs représentants, est très utile pour la suite du projet.

^{ccc} Le logiciel METHADONE est basé sur la technologie Access.

10 RECHERCHE

10.1 INTRODUCTION

Le domaine de la recherche sur la dépendance est géré au sein de la section " Conceptions et Recherche " de la division " Dépendances et Sida ". Globalement, les recherches financées par l'OFSP visent l'amélioration des interventions de l'OFSP et de ses partenaires, afin qu'elles soient " evidence-based " et reposent sur les meilleures connaissances possibles.

Les grands axes de recherche des dernières années ont été poursuivis. Les recherches les plus importantes ont été la prescription d'héroïne (PROVE et HeGeBe), l'étude sur les sevrages (Swi-De-Co) et l'étude sur la détection précoce des risques et la prévention secondaire (supra-f). Désormais, la recherche dans HeGeBe est relativement moins importante, l'innovation étant accomplie.

Au niveau conceptuel, une discussion au sein de l'OFSP sur les grands axes et les programmes de recherche à poursuivre prioritairement pour la période 2002 – 2006 est actuellement en cours. Pour les orientations globales, il est déjà décidé que les activités dans le domaine du tabac et de l'alcool seront intensifiées, les groupes cibles des migrants recevront plus d'attention et les efforts de recherche dans le domaine de la prévention et du transfert des connaissances seront intensifiés. Dans la mesure où la nouvelle Loi sur les stupéfiants sera adoptée, une recherche analysant la consommation de cannabis avant et après l'entrée en vigueur est prévue.

10.2 SUIVI DES INDICATEURS

10.2.1 Ressources

La gestion des contrats est assurée par la responsable du domaine recherche (taux d'activité à 100%) et, selon les années, entre 100 et 150% de secrétariat, rédaction, traduction répartis sur 2 ou 3 personnes.

En 1999 et 2000 le budget annuel pour la recherche a été approximativement de 2.2 millions. On observe une tendance à la hausse (env. 2.4 millions pour 2001 et 3.1 millions prévus pour 2002) qui, pour 2002, est liée au renforcement de l'axe alcool/tabac. Au cours de 1999 et 2000, deux recherches (Supra-f et Swi-De-Co) ont drainé près de la moitié des fonds consacrés à la recherche sur la dépendance par l'OFSP.

10.2.2 Réalisations pour 1999, 2000 (et partiellement pour 2001)

Au cours de 1999 et 2000, le nombre de contrats actifs dans le domaine de la recherche est passé de 18 à 26 (25 en 2001). Ces contrats peuvent être de différents types et porter sur des recherches fondamentales, cliniques, économiques ou sociales mais aussi porter sur des projets d'édition et de rédaction d'article (cf. Tableau 12.1, p. 73).

Chaque mandat de recherche de l'OFSP aboutit en principe soit à un rapport de recherche, soit à une autre forme de document : livre, brochure ou article, s'il s'agit de valorisations de recherches.

L'OFSP a publié un premier répertoire de ses recherches " Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993-1996 " et il a été décidé d'éditer dorénavant les résultats des recherches mandatées par l'OFSP tous les deux ans. Actuellement, une série de 4 brochures sont publiées ou en cours d'édition :

" Recherche de l'OFSP en matière de dépendances 1996-98 "^{fff} :

- Volume 1/4, Recherche fondamentale. Berne, OFSP, avril 2000
- Volume 2/4, Prévention. Berne, OFSP, septembre 2000
- Volume 3/4, Traitement, prise en charge et suivi. Berne, OFSP, février 2001
- Volume 4/4, Evaluation. Berne, OFSP, à paraître en 2001

10.3 APPRÉCIATION

Afin de garantir la qualité des recherches, l'OFSP utilisait ponctuellement des experts externes. Un panel d'experts internationaux, composés de membres fixes et de spécialistes divers, a finalement été constitué en 2001. Il est consulté pour les recherches d'une certaine importance ; en principe, il l'est pour tous les contrats de recherche supérieurs à 250 000 francs, qui nécessitent une soumission publique selon les accords du GATT. Les experts émettent un avis à titre consultatif à la disposition du comité de sélection interne à l'OFSP qui est constitué d'une dizaine de personnes, notamment par les chefs de section concernés, et qui détient le pouvoir décisionnel. Ponctuellement, les experts sont aussi consultés pour procéder à un " peer review " d'articles, ce qui augmente la qualité et les chances de pouvoir publier dans des revues importantes. Dans la mesure du possible, l'OFSP invite les soumissionnaires à coopérer entre eux.

Les données sur les recherches financées par l'OFSP sont actuellement saisies dans la banque de données ARAMIS^{ggg}, qui a pour objectif de mettre en valeur les recherches de la Confédération afin de mieux informer les professionnels et les décideurs ; ainsi, toute personne intéressée pourra suivre systématiquement et au fur et à mesure les études en cours. On ne peut que regretter que ARAMIS ne publie actuellement pas les noms des mandataires de recherche, ce qui ne pourrait que favoriser l'encouragement de coopération souhaité par l'OFSP.

Le système de pilotage et d'expertise mis en place par l'OFSP ainsi que les moyens mis en œuvre ont permis de placer la recherche en toxicodépendance à un meilleur niveau de qualité que par le passé. L'OFSP a su profiter du " Message^{hhh} relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de la technologie pendant les années 2000 à 2003 ". En effet, une des mesures liées aux politiques sectorielles stipule que les ressources mises à disposition des activités de recherche de l'administration publique doivent permettre aux offices concernés de donner des mandats de recherche lié au besoin d'expertise ponctuelle, à l'acquisition de données scientifiques, à l'aide à la décision, aux clarifications de questions diverses, etc. L'utilisation de la recherche par l'OFSP pour soutenir et orienter les interventions et les politiques dans le domaine de la drogue s'est sans doute avérée efficace, par exemple pour implanter les traitements avec prescription d'héroïne (Prove). Les publications sur les recherches de l'OFSP représentent un excellent instrument de valorisation qui permet le partage des connaissances acquises.

^{fff} On ne dispose pas d'une liste exhaustive et actuelle des documents produits directement ou indirectement par les contrats de recherche de l'OFSP, ces publications documentent les résultats des études datant déjà de 2 ou 3 ans.

^{ggg} Depuis peu, elles peuvent être consultées sous :
www.bag.admin.ch/sucht/forschung/f/suchtforschung.htm

^{hhh} du Conseil fédéral du 25 novembre 1998. cf. www.bbw.admin.ch

La multiplicité des procédures administratives internes de l'OFSP et la non compatibilité des différents systèmes informatiquesⁱⁱⁱ semble compliquer le travail des collaborateurs de l'OFSP, en particulier dans le domaine de la recherche qui est fréquemment sollicité par de nombreux organismes, internationaux entre autre (ex. OEDT, OMS) pour des demandes d'informations.

La règle édictée par l'administration ou le principe que l'on devrait établir des contrats annuels pour les recherches comporte le risque de fragiliser des études qui durent plus longtemps, de perdre la continuité. En plus, cette règle ne facilite pas le recrutement d'équipes compétentes, disposées à entrer dans le mécanisme des contrats annuels renouvelables.

Les publications et autres valorisations faites par les chercheurs, que ce soit pendant le mandat ou une fois le mandat terminé, ne sont pas systématiquement communiquées à l'OFSP. Ainsi, bien que la valorisation soit un objectif important du domaine recherche, l'OFSP ne dispose pas de données sur l'ensemble des publications produites directement ou indirectement sur les recherches qu'il finance.

Il faut relever que ces dernières années, le contexte était plutôt favorable à la recherche : elle n'a pas été touchée par des restrictions budgétaires, au contraire, on a pu développer des thèmes importants.

La grande médiatisation des recherches dans le domaine de la dépendance en Suisse rend difficile une juste communication des résultats ; les chercheurs doivent faire très attention pour ne pas cacher ce qui dérange, pour ne pas simplifier et banaliser ce qui est complexe, pour ne pas exagérer l'impact ou la valeur de leurs résultats en fonction des attentes.

ⁱⁱⁱ SAP, l'instrument de gestion de l'administration centrale ; Open Gecko, le système de gestion des contrats à l'OFSP ; ARAMIS, le système d'information de la Confédération pour la mise en valeur des recherches ; etc.

11 EVALUATION

11.1 INTRODUCTION

La politique de la Confédération en matière de drogue illégales a dès son lancement été soumise à évaluation. Ainsi tant le ProMeDro que les multiples projets et programmes qu'il contient ont été évalués au cours de ces dix dernières années.

Les évaluations menées dans le cadre du ProMeDro sont dirigées conjointement par le Centre de Compétences en Evaluation (CCE), un service interne de l'OFSP, et les gestionnaires du programme. Ces derniers sélectionnent les programmes ou les projets à évaluer, tandis que le CCE s'assure de la gestion des contrats, du bon déroulement des évaluations, de la méthodologie utilisée, de la qualité des travaux réalisés ainsi que de la diffusion des rapports. Les cahiers des charges des évaluations sont définis en collaboration avec les gestionnaires du programme, le CCE assurant une médiation entre ces derniers et les évaluateurs externes.

La contribution du CCE doit permettre de garantir la qualité des évaluations et de diffuser leurs résultats à l'interne et vers la société. Le CCE a pour objectif de favoriser la transfert de connaissances, dans le but de contribuer à établir un ensemble de " bonnes pratiques " (*Good practices*) en matière de toxicomanie et d'évaluation⁷⁵.

11.2 INDICATEURS DE MISE EN OEUVRE

11.2.1 Ressources

En 1999, le Service Evaluationⁱⁱⁱ (SE) n'avait pas encore de statut clair. Il était administrativement rattaché à l'unité principale Santé publique, tout en étant appelé systématiquement à répondre à des demandes en provenance de la division Sida & Dépendances et, ponctuellement, à celles provenant d'autres divisions. En 2000, un concept de Centre de compétences en évaluation (CCE) qui soit au service de l'ensemble de l'OFSP a été élaboré, puis proposé en septembre de la même année à la Conférence de l'OFSP. Le projet a été accepté en novembre 2000 par le Comité exécutif et relie désormais le nouveau CCE (*ex* SE) à l'état-major de l'OFSP. Après une période transitoire, le CCE a été mis sur pieds le 1^{er} septembre 2001. Il a désormais une compétence dite " transversale ", c'est à dire que ses activités ne sont plus limitées à la division Sida & Dépendances, mais ouvertes aux autres divisions. C'est une forme de reconnaissance institutionnelle de l'importance accrue dévolue à l'évaluation dans cet office.

Durant les deux années du monitoring (1999 et 2000), un collaborateur a travaillé à 100%, sous la supervision de la cheffe de service, sur les évaluations lancées dans le cadre du ProMeDro. La fin de l'année 1999 est marquée par l'arrivée de deux nouveaux collaborateurs. Ces ressources supplémentaires ne sont pas officielles, car il s'agit en réalité d'un *outsourcing*, c'est à dire d'un recrutement externe via l'Institut de médecine tropicale de Bâle.

ⁱⁱⁱ Appellation en vigueur à cette date.

Tableau 11.1 Répartition du budget

Contrats	1999	2000
Evaluation de la politique de formation continue	65'000	
Evaluation de la plate-forme de coordination PCS	51'065	
Evaluation du projet INTERNETZ	45'500	
Evaluation de la promotion de la santé dans les prisons	41'000	n.d.
Evaluation globale ProMeDro	591'875	531'500
Evaluation du programme Migration et Santé		93'121
Evaluation du programme Ecoles et Santé	90'000	n.d.
Evaluation de l'ancrage politique du ProMeDro		222'668
Etude clientèle SBS		138'030
TOTAL	884'440	985'319

En règle générale, les grands projets doivent consacrer 10% de leur budget à l'évaluation. L'évaluation globale du ProMeDro absorbe les trois quarts du budget en 1999 (cf. Tableau 11.1). Elle est accompagnée de cinq évaluations de projets ou programmes spécifiques. En 2000, cette évaluation globale ne représente plus que la moitié du budget annuel, mais elle est complétée par une évaluation de l'ancrage politique du ProMeDro.

Pour chaque année, ce sont en moyenne 934'880 francs qui sont dépensés par l'OFSP pour évaluer des programmes et projets en lien avec la politique drogue de la Confédération, ce qui représente environ 5% du budget de l'ensemble du programme. dans ce budget sont comprises les ressources en personnel chargés de suivre les contrats.

11.2.2 Réalisations

La sélection des programmes ou projets à évaluer s'effectue par un groupe de pilotage réunissant les chefs de section. Un thème peut être soit suggéré par un responsable de projet à l'OFSP, soit proposé par le groupe consultatif de la division^{kkk}, soit déterminé directement par ce groupe de pilotage. Les thèmes retenus pour les évaluations durant cette période sont :

- le programme drogue de la Confédération (évaluation globale du ProMeDro)
- la reprise par les cantons et les villes du programme drogue de la Confédération (ancrage au niveau politique)
- la coordination nationale (évaluation de la PCS)
- la formation continue des intervenants drogue
- la mise en réseau des intervenants drogue (évaluation du projet INTERNETZ)
- le soutien aux migrants
- la promotion de la santé dans les prisons
- la clientèle des centres à bas seuil (SBS)

Concernant les " réalisations ", le domaine de l'évaluation est assimilable à celui de la recherche, dans le sens où la partie visible et destinée au public se présente sous forme de rapports et de présentations de résultats (cf. Tableau 11.2). Lors du monitoring du ProMeDro, le suivi de ces réalisations s'est heurté à un obstacle de taille : les statistiques de diffusion des rapports sont lacunaires et ne sont pas centralisées à

^{kkk} Ce groupe fixe les priorités d'évaluation essentiellement d'après deux critères : les projets innovants qui se situent dans le cadre d'un programme lié à la stratégie de l'OFSP ou les programmes à budget important.

l'OFSP pour la plupart. En effet, l'OFSP ne tient pas un décompte systématique de la diffusion des documents écrits, et ne dispose que de quelques informations sur le nombre de documents imprimés (" tirage ").

Tableau 11.2 Diffusion des rapports d'évaluation

Evaluation / étude	Année	Diffusion	Tirage
Projet INTERNETZ : ▪ Rapport final	1999	public	20
▪ Résumé ⁷⁶	1999	public	3'600
Plate-forme de coordination PCS : Rapport final	1999	CDCT, cadres OFSP	non publié
Programme Ecoles et Santé : ▪ Rapport intermédiaire I	1999	public	20
▪ Résumé	1999	chefs de projet E&S	50
▪ Rapport intermédiaire II ⁷⁷	2000	interne	-
ProMeDro : ▪ Etude Partenaires ³⁹	1999	public	100
▪ Etude Délégation ⁶⁷	1999	public	100
▪ Etude Police ⁷⁸	1999	public, internet	150
▪ Rapport de synthèse ⁴	2000	public, internet	4'000
Clientèle des SBS : Rapport période 1993-1999 ⁵²	2000	public, centres SBS	27
Politique de formation continue : ▪ Rapport final ⁷⁹	2001	public, internet	26
▪ Résumé ⁸⁰	2001	public, internet	80
Promotion de la santé dans les prisons	2001	discussion interne	non publié
Programme Migration et Santé ⁶⁹	2001	public	440

Source : Centre de Compétence en Evaluation (OFSP)

En principe, tous les rapports d'évaluation sont accessibles au public et disponibles rapidement après leur dépôt. Les partenaires de l'OFSP ont ainsi la possibilité de commander ces rapports. Seules deux exceptions à cette règle : un rapport a été restreint à une diffusion limitée à quelques partenaires, un autre a été gardé au sein de l'OFSP pour des raisons de protection des données.

La qualité des évaluations est assurée par deux mesures : les groupes d'accompagnement composés généralement du responsable à l'OFSP du domaine ou programme évalué, d'un collaborateur du CCE et d'experts externes. Pour les rapports de plus de 100'000 francs, ou qui sont politiquement sensibles, des expertises sont confiées à des spécialistes indépendants à qui l'on demande de juger les évaluations selon les standards de la Société suisse d'évaluation (SEVAL).

Malgré les objectifs qu'il s'était fixé pour cette période, le CCE n'a pas été en mesure de proposer des cours théoriques pour former les collaborateurs de l'OFSP à l'évaluation. Toutefois une forme de sensibilisation à l'évaluation a été menée par le CCE lors de la gestion des mandats d'évaluations externes. Cette sensibilisation fut cependant réservée aux collaborateurs ayant un mandat d'évaluation en cours.

11.3 APPRÉCIATION

Les efforts en matière d'évaluation sont certains, les thèmes retenus pour les évaluations sont variés et le budget consacré relativement important par rapport au budget d'ensemble. D'un point de vue de stratégie interne, le CCE a réussi à soutenir une réflexion à propos du rôle de l'évaluation au sein de cette administration, et ainsi de développer son importance. Ces progrès permettront certainement à l'avenir

d'améliorer encore les connaissances en terme de processus et d'impact de la politique drogue de la Confédération.

Du point de vue de la gestion des ressources humaines, la pratique de l'*outsourcing* ne semble pas convenir au CCE. En effet, on y observe, pendant ces années de suivi, de grandes fluctuations de personnel, ce qui engendre inévitablement retards, manque de continuité dans la gestion des contrats, et incertitudes pour les partenaires.

Pour l'observateur externe, les critères de sélection utilisés pour déterminer les objets d'évaluation (ce qui va être évalué et pourquoi) ne sont pas véritablement connus, même si ils peuvent être consultés dans le " Guide pour la planification de l'évaluation des projets ou programmes de santé " de l'OFSP. Au sein même de l'institution, ces critères ne semblent pas connus, ce qui génère parfois incompréhension et manque d'intérêt des collaborateurs - par opposition aux chefs de section - pour certains rapports d'évaluation. Une véritable réflexion, voire une stratégie en la matière serait à élaborer et à diffuser pour que les évaluations soient profitables pour le plus grand nombre.

12 ANNEXES

12.1 UN EXEMPLE DE FORMULAIRE DE SUIVI (EXTRAIT)

Output		1999		Question				
Mesure	1999	Question	Question	Question	Question			
Mesures Activités ayant conduit à un important investissement en temps et/ou en argent (Activités majeures réalisées ou soutenues par l'OFSP)	Quelles sont, à l'OFSP, les ressources humaines affectées à la mise en œuvre de ces mesures?	Quels sont les moyens financiers affectés par l'OFSP à la mise en œuvre de ces mesures?	Quelles sont les productions et la fréquence des réunions et de groupes de travail?	Quelles sont les brochures et documents soutenus par l'OFSP?	Combien de cantons d'institutions ou de personnes sont-elles rejointes (institutions, intervenants, jeunes, etc.) qui pourrait être concernée par la mesure? (population de référence)			
Mesure (Nom ; description)	Humaines	Financières	Groupes de travail	Documents produits	Interventions	Public rejoint	Couverture	Population de référence
Fil Rouge Suisse allemandique Personne à l'OFSP responsable de la mesure (initiales) _____ Temps de travail consacré à la mesure _____ %	_____ Frs Suisse all.	_____ Frs Suisse rom.			Nombre de foyers "Fil rouge" : _____ (Suisse allemandique)	Nombre de cantons rejoints: _____ Nombre de cantons rejoints: _____ Nombre d'institutions pouvant être rejointes : _____	Nombre de cantons pouvant être rejoints: _____ Nombre de cantons pouvant être rejoints: _____ Nombre d'institutions pouvant être rejointes : _____	
Fil rouge Suisse romande Personne à l'OFSP responsable de la mesure (initiales) _____ Temps de travail consacré à la mesure _____ %	_____ Frs Suisse rom.				Nombre de foyers romands : _____ (Suisse romande)	Nombre de cantons rejoints: _____ Nombre d'intervenants rejoints : _____ Nombre de foyers rejoints: _____	Nombre de cantons pouvant être rejoints: _____ Nombre d'institutions pouvant être rejointes : _____	

Informations

12.2 GROUPES DE TRAVAIL DU PROJET ACT-INFO

Groupes de travail	Début	Fin	Membres	Composition
Comité de décision	2000	→	5	OFSP (U. Locher), OFS (W. Haug)
Direction du projet et communication	1999	→	2	OFSP, OFS (A. Yilmaz, R. Beringer)
Groupe d'accompagnement : Sciences et fusion des statistiques	2000	07/2001	10	OFSP, OFS, ISF
Groupe d'accompagnement Confédération				(M. Büechi, T. Spuhler, P. Lehmann)
Ateliers (experts participants)	(ponctuel)		13	OFSP, OFS, ISF, ISPA, COSTE, terrain, clinique, etc.
Groupe d'accompagnement : cantons et organisations faitières	(inactif)		14	OFSP, ASID, VCRD, CRIAD, SDSS, VSD, KOSTE, OFS, cantons (SG, GE, BE)
Groupe d'accompagnement : Ajustements	Annulé			-
Groupe de travail : réalisation technique	Différée			
Groupe de travail : réalisation opérationnelle	En attente			

12.3 RECHERCHES ET VALORISATIONS EN COURS EN 1999, 2000 ET 2001

Tableau 12.1 Recherches et valorisations en cours en 1999, 2000 et 2001, (classées selon date de début du contrat ; état au 20 juillet 2001) et répartition du budget

Titre	Auteur	Institut	Début	Fin	1998	1999	2000	2001	2002
Maîtriser la toxicodépendance ?	M-H. Soulet	Uni Fribourg	01.03.1998	30.11.1999	■	■			
Suivi d'adolescents abuseurs et dépendants de substances : une étude longitudinale	O. Halfon	SUPEA Lausanne	01.04.1998	31.03.2001	■	■	■	■	
Analyse du discours sur la drogue dans la presse suisse	J. Widmer	Institut de Journalisme et des communications sociales Fribourg	01.09.1998	30.09.1999	■	■			
L'évolution sur le plan de la délinquance des toxicomanes traités dans le cadre des projets PROVE	M. Killias	UNIL Lausanne	01.10.1998	30.09.1999	■	■			
Evaluation des troubles de personnalité des patients alcooliques suivis à la Division d'Abus de substances	A. Mino	HUG Genève	01.10.1998	31.12.1999	■	■			
Qualität in der stationären Therapie : Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige	A. Dobler-Mikola	ISF Zürich	01.10.1998	30.06.2000	■	■	■		
Drogenkonsum Jugendlicher in der Technoparty-Szene europäischer Metropolen	P. Tossmann	SPI Forschung Berlin	15.10.1998	14.12.1999	■	■			
Swi-De-Co Swiss Detoxification Co-ordination	R. Hämmig	UPD Bern	15.10.1998	14.10.2000	■	■	■		
Estimation du coût social et du bénéfice de la consommation d'alcool en Suisse	C. Jeanrenaud	IRER Uni Neuchâtel	15.10.1998	14.09.2000	■	■	■		
Diacetylmorphin (Heroin)-Metabolismus : Pharmakokinetik von Acetylcodein	R. Brenneisen	Uni Bern	16.11.1998	15.04.1999	■	■			
Tangible Kosten Alkohol	H. Klingemann	SFA Lausanne	30.11.1998	31.12.1999	■	■			
Analyse comparative de la littérature relative aux dispositions légales en matière de criminalisation ou non-criminalisation de la consommation de stupéfiants et de ses actes préparatoires dans plusieurs pays européens	M. L. Cesoni	CETEL Genève	01.12.1998	30.04.1999	■	■			
Evaluation von Methadonbehandlungen in der Schweiz	A. Uchtenhagen	ISF Zürich	01.12.1998	30.04.2000	■	■	■		

Titre	Auteur	Institut	Début	Fin	1998	1999	2000	2001	2002
Migration und Drogen	C. Salis Gross	Uni Bern	01.12.1998	30.09.2000	■	■	■		
Forschungsdokumentation	J. Widmer	Uni Fribourg	23.12.1998	30.09.1999	■	■			
Machbarkeitsstudie Bertino Somaini	B. Somaini	ISPM Zürich	01.05.1999	31.01.2000		■	■		
Editionsprojekt " Selbstheilung von der Sucht ? Konsequenzen für Therapie, Prävention und Politik "	H. Klingemann	SFA Lausanne	15.05.1999	31.01.2000		■	■		
Forschung supra-f	W. Wicki	Uni Bern	01.11.1999	31.07.2000		■	■		
Komorbidität - Untersuchung der psychischen Störungen und Symptome bei Opiatabhängigen in der heroingestützten Behandlung	A. Uchtenhagen	ISF Zürich	01.03.2000	30.03.2002			■	■	■
Valorisierung des qualitativen Projektteils von MAREPS	T. Abel	Uni Bern	15.03.2000	31.10.2000			■		
Valorisation du mandat " Relation(s) entre la consommation et la taxation du tabac - divers scénarios "	A. Holly	DEEP Uni Lausanne	01.04.2000	28.02.2001			■	■	
Verlaufsmonitor heroingestützte Behandlung (HeGeBe) 1. Aufbauphase im Jahre 2000	A. Uchtenhagen	ISF Zürich	01.04.2000	30.04.2001			■	■	
Untersuchung der Langzeitverläufe in und nach der heroingestützten Therapie (6-Jahres Follow-up der 1. Eintrittskohorte 94/95)	A. Uchtenhagen	ISF Zürich	01.07.2000	31.08.2001			■	■	
Health Econ AG/Kostenanalyse Alkohol	A. Frei	Health Econ Basel	01.07.2000	31.10.2000			■		
Zusatzvertrag QUAPOS	A. Uchtenhagen	ISF Zürich	15.07.2000	30.11.2000			■		
Publikation " Transkulturelle Kompetenz im Drogenbereich. Richtlinien für die Praxis "	D. Domenig	Uni Bern	15.07.2000	01.10.2001			■	■	
Publikationen Projektarbeiten	W. Tschacher	UPD Uni Bern	15.08.2000	31.03.2001			■	■	
supra-f Forschungsleitung	P.-A. Michaud	IUMSP Lausanne	15.08.2000	31.08.2003			■	■	■
International Workshop on Nicotine Dependence	A. Holly	DEEP Uni Lausanne	01.09.2000	31.10.2000			■		
Systematische Meta-Analyse der Forschungsliteratur zur Methadonbehandlung	J. Rehm	ISF Zürich	01.09.2000	28.02.2001			■	■	
Swi-De-Co II Detoxification Coordination Study	R. Hämmig	UPD Bern	01.11.2000	31.10.2002			■	■	■
Kahan Rand Ne Methadone Literature Review	J. P. Kahan	RAND NE	15.11.2000	31.03.2001			■	■	
Comparative over-time analysis of injection drug use (IDU) related harm levels and their determinants in western jurisdiction (internationales Projekt)	J. Rehm	ISF Zürich	01.12.2000	31.07.2001			■	■	
Opioid maintenance and neuropsychologic performance	A. Moldovanyi	Poliklinik Zürich	15.12.2000	28.02.2002			■	■	■

Titre	Auteur	Institut	Début	Fin	1998	1999	2000	2001	2002
Mortality and disability attributable to alcohol consumption - Comparative Risk Analyses - alcohol - innerhalb Global Burdon of Disease 2000	J. Rehm	ISF Zürich	18.12.2000	31.05.2001			■	■	
Estimation du coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse	C. Jeanrenaud	IRER Neuchâtel	01.01.2001	31.08.2002				■	■
Literaturanalyse Gefährdete Kinder im Vorschul- und Schulalter	Felder / Sommer	Uni Bern	01.03.2001	31.08.2001				■	
HUG, Revue de littérature " Phases critiques du développement de l'enfant "	A.-F. Chevalley	HUG Genève	01.02.2001	30.09.2001				■	
Alcohol Policy and Public Good II (APPG II)	J. Rehm	ISF Zürich	01.03.2001	30.04.2002				■	■
Diffusion d'un instrument d'évaluation	Olivier Halfon / Monique Bolognini	SUPEA Lausanne	01.02.2001	30.09.2001				■	
Prévalence des troubles hyperactifs avec déficit de l'attention et des troubles comportementaux ou émotionnels associés dans une population scolaire suisse	Bader Michel / Halfon Olivier	SUPEA Lausanne	01.03.2001	31.12.2001				■	
Valorisierung von F- und E-Ergebnissen	Jean Widmer	Uni Fribourg	01.03.2001	30.09.2001				■	
Publikationen Symposium Opiatverschreibung - Tagung „Voneinander lernen“	Tschacher / Jacobshagen		01.04.2001	15.02.2002				■	■
Artikel in Fachzeitschriften über HeGeBe / Valorisation und Dissemination von Kernergebnissen der schweizerischen Versuche zur heroingestützten Substitutionstherapien für Opiatabhängige		ISF Zürich	01.07.2001	31.12.2001				■	
Artikel in Fachzeitschriften über HeGeBe / Valorisation und Dissemination von Kernergebnissen der schweizerischen Versuche zur heroingestützten Substitutionstherapien für Opiatabhängige		ISF Zürich	01.07.2001	31.12.2001				■	
Druck und Verlegung/ " ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Band 2 : Praktische Umsetzung und erste Ergebnisse"		Hans Huber Verlag, Bern	20.07.2001	31.12.2001				■	
TOTAUX des travaux en cours						18	26	25	

13 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue. Document de base de l'OFSP pour la Conférence nationale sur la drogue. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1991.
- ² Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1998.
- ³ Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Ein Strategiepapier des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Bern : BAG, 1994.
- ⁴ Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, Benninghof F, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2000.
- ⁵ Gervasoni JP, Kellerhals C, Zobel F, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A. Protocole d'évaluation globale du ProMeDro 2000-2003. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 1999.
- ⁶ Rossi PH, Freeman HE. Evaluation : a systematic approach. London : Sage, 5th edition, 1993.
- ⁷ Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation. London : Sage, 3rd edition, 1997.
- ⁸ Owen JM, Rogers PJ. Program Evaluation : forms and approaches. London : Sage, 1999.
- ⁹ Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. Drogues illégales et santé publique : stratégie de la Confédération. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), à paraître dans la collection Raisons de santé, 2001.
- ¹⁰ Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Système d'information 1999-2002. Evaluation globale du Programme de mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : suivi de la mise en œuvre et des indicateurs. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP, rapport intermédiaire remis à l'OFSP, non publié), 2000.
- ¹¹ Les programmes de prévention de l'OFSP : " coordination nationale – réalisation régionale ", Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2001.
- ¹² La politique suisse en matière de drogue, Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), septembre 2000.
- ¹³ Prévention et promotion de la santé chez les jeunes. Objectifs, stratégies, programmes et projets. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1999.
- ¹⁴ Badan P, Dumont P, Gaberel PE, Stahl-Thuriaux A. Evaluation du Programme-cadre " Ecoles et santé ", 2^e rapport intermédiaire. Genève : CEPES, 2000.
- ¹⁵ Hohl G. Evaluationsberichte (jährlich) zuhanden der Projektleitung und des BAG. Olten : 1996-2000.
- ¹⁶ Rhyn H. Evaluation des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen. Bericht zur ersten Teilevaluation. Uni Bern : Institut für Pädagogik, September 1999.
- ¹⁷ Perrenoud D, Rapport d'évaluation du Certificat Fil rouge, années 1999 et 2000. Lausanne : août 2000.
- ¹⁸ Wirth von Blarer S, fantasy projects – Evaluationsbericht. Atelier für Kommunikation, Dezember 2000.
- ¹⁹ Horber-Papazian K, Chappellet JL. Campagne LaOla : prévention des dépendances dans les clubs sportifs - projet d'évaluation (non publié). Chavannes-près-Renens : Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP), janvier 2001.
- ²⁰ So-Barazetti B, Jeannin A, et al. Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie – phase 2. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), à paraître.
- ²¹ Ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne. Berne : Conseil Fédéral Suisse, 1999.
- ²² QuaTheDA : le système de management de la qualité de l'OFSP pour les thérapies de la dépendance. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000.

- ²³ Dossier für die Anerkennung der heroingestützten Behandlung bei schwerer Heroïnabhängigkeit als Pflichtleistung der Krankenkassen. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000.
- ²⁴ Communiqué de presse du 9 juillet 2001 : Les nouvelles prestations prises en charge en 2002. Berne : Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 2001.
- ²⁵ Le traitement de prescription d'héroïne en 2000. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2001.
- ²⁶ Traitement avec prescription d'héroïne : Argumentaire concernant la votation populaire sur l'arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne (traitement avec prescription médicale d'héroïne) du 13 juin 1999. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1999.
- ²⁷ Heroingestützte Behandlung : Richtlinien, Empfehlungen, Information. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000.
- ²⁸ Buprénorphine : recommandations de l'OFSP (janvier 2000). Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000. (http://www.bag.admin.ch/sucht/aktuell/f/bupre_f.htm).
- ²⁹ COSTE : Troisième rapport d'activité (janvier 1999 - mai 2000). Berne : COSTE, 2000.
- ³⁰ Référentiel QuaTheDA, exigences, indicateurs, standards pour la thérapie et la réinsertion dans le domaine des dépendances (secteur résidentiel). Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000.
- ³¹ Thérapies résidentielles de la dépendance en Suisse : offres et modes de financement. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1999.
- ³² Hermann H, Simmel U. Mécanismes de financement cantonaux dans le domaine des thérapies résidentielles pour personnes toxicodépendantes. Berne : COSTE, 1999.
- ³³ Rapport sur les résultats de la consultation sur le nouveau modèle de financement des thérapies de la dépendance (FiDe/FiSu 1999). Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1999.
- ³⁴ Documentation de base FiDe/FiSu. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000.
- ³⁵ Burhard P, Huber W, Liechti U, et al. Thérapies de la dépendance orientées vers l'abstinence : description des prestations des institutions offrant un cadre de vie substitutif, 2000.
- ³⁶ Oggier W. Arbeitsfeldpauschalen bei stationären Suchttherapien im Lang- und Mittelzeitbereich : Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich : Gesundheitsökonomische Beratungen, 2000.
- ³⁷ Richard D, Senon JL. Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris : Larousse, 1999.
- ³⁸ Mühle U. Gesamteschweizerische Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der stationären Drogen-therapie : Projektbericht zur Situation und zum Handlungsbedarf in der stationären Drogen-therapie. Berne : OFSP, 1994.
- ³⁹ Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. Toxicomanie : enquête auprès des partenaires de l'OFSP. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive IUMSP, 1999 (Raisons de Santé No 43).
- ⁴⁰ QuaTheDA, un projet de l'OFSP pour les thérapies et la réhabilitation résidentielles dans le domaine des dépendances. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000.
- ⁴¹ Konzept zum Ausbau der jetzigen Promotionsstelle " Arbeit und Wohnen des SAH zur Fachstelle für Überlebenshilfe/Schadensverminderung ". Bern und Fribourg : BAG/SAH, 07/1999.
- ⁴² Nelles J, et al. Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta : Schlussbericht. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, 1999.
- ⁴³ Trinkler J, Spreyermann C. Il faut des offres de prise en charge spécifiques pour les femmes et tenant compte de leur besoins particuliers, car... . Un argumentaire destiné aux associations et aux autorités, aux spécialistes et aux hommes et femmes politiques intéressés par l'intervention en matière de drogues. Berne : OFSP, 1998, 6 pages.
- ⁴⁴ Au féminin, s'il vous plaît! Promotion des offres de prise en charge " à bas seuil " pour les femmes toxicodépendantes. Guide pratique pour la réalisation de nouvelles formes d'intervention et la gestion de la qualité. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000, 18 pages.
- ⁴⁵ Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich FASD : Jahresbericht 2000. Freiburg, 30.3.2001.

- ⁴⁶ Moeckli C, Frehner P. (Eds.). Du travail et un logement pour les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales : le nouveau manuel pour la mise sur pied de centres d'aide à la survie, publié par le Bureau de promotion Travail et logement sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Fribourg : Œuvre Suisse d'Entraide Ouvrière OSEO, 1997.
- ⁴⁷ Lindenmayer H, Rafeld A, Steiner V. Du travail et un logement pour les personnes évoluant dans le monde de la drogue : manuel et inventaire. Fribourg : Œuvre Suisse d'Entraide Ouvrière OSEO sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1994.
- ⁴⁸ Pythoud N. Communication personnelle du 7.11.2001. Fribourg : Bureau Suisse pour la réduction des risques liés aux drogues.
- ⁴⁹ Karger T, Rhiner M. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und Massnahmen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der Schweiz. Ein zusammenfassung zweier empirischer Studien. Zürich : Institut für Suchtforschung, 1998.
- ⁵⁰ Karger T. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im Schweizerischen Strafvollzug. Zwischenbericht. Zürich : Institut für Suchtforschung, 1996.
- ⁵¹ Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. Drogen- und Aidsprävention in den Basler Gefängnissen. Kurzevaluation des Pilotprojekts. Bern : Universitäre Psychiatrische Dienste, 1997.
- ⁵² Benninghof F. Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse 1993-1999. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Document non publié), 2000.
- ⁵³ Benninghof F, et al. Evolution de la clientèle des structures à bas seuil distribuant du matériel d'injection en Suisse (1994-2000). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, à paraître, 2001.
- ⁵⁴ Gertsch M. Der Weiterbildungsbedarf der Institutionen der schweizerischen Drogenhilfe. Universität Bern : Koordinationstelle für Weiterbildung (KWB), 1994.
- ⁵⁵ Wicki M. Komparative Evaluation zweier Fort- und Weiterbildungsprojekte im Suchtbereich. Universität Bern : Koordinationstelle für Weiterbildung (KWB), (1994).
- ⁵⁶ Promotion de la formation continue en matière de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illégales : concept. Berne : Commission d'experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) " Formation dans le domaine des dépendances ", 1998.
- ⁵⁷ Brunold H. Communication personnelle. Université de Berne : Service de coordination pour la formation continue, 2001.
- ⁵⁸ Wilhelm C. Communication personnelle. Yverdon : Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD), 2001.
- ⁵⁹ Binder HM, Furrer C, Maggi J, Cattacin S. Politique de formation continue de l'OFSP dans le domaine des dépendances. Résumé avec recommandations de l'évaluation. Lucerne : Interface/resop. p. 12, 2001.
- ⁶⁰ Rapport final 1998-1999 : Perfectionnement professionnel ARIA. Yverdon : Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT), 2000.
- ⁶¹ Résumé et recommandations de l'évaluation de la politique de formation continue dans le domaine des dépendances et conclusions que l'OFSP en a tirées. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2001.
- ⁶² Meystre-Agustoni G. Prévention et perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie. Rapport d'évaluation du PPMT. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Cah Rech Doc IUMSP no 112, 1994.
- ⁶³ Revue Flash addiction no. 1, 7 décembre 2000.
- ⁶⁴ Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. Planification de l'intervention de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie en 2000 : objectifs (théories d'action), mesures entreprises et moyens engagés. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, à paraître dans la collection Raisons de santé, (2001).
- ⁶⁵ Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. Rapport sur le cannabis. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1999.

- ⁶⁶ Oesch D, Cattacin S, Verkooyen E. Coordination, modération, information. Evaluation de la " plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues ". Université de Genève : resop. Document non publié, 1999.
- ⁶⁷ Kellerhals C, Gervasoni JP. Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de Mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Drogue (ProMeDro). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999. Coll. Raisons de santé no.42.
- ⁶⁸ Migration et santé : stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2001.
- ⁶⁹ Efionayi D, Chimienti M, Losa S, Cattacin S. Evaluation du programme global " migration et santé " de l'office fédéral de la santé publique. Forum suisse pour l'étude des migrations (SFM), Neuchâtel, 2001.
- ⁷⁰ FOS. La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2000. Zürich : Institut für Suchtforschung (ISF), 2001.
- ⁷¹ ISPA/OFS. Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1999. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique (OFS), 2001.
- ⁷² Le traitement de prescription d'héroïne en 2000. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2001.
- ⁷³ Master Eintritt/Austritt zu den Fragebogen im Bereich der Stationären/Ambulanten Behandlung. Berne : Office fédéral des statistiques/ Office fédéral de la santé publique, 2001.
- ⁷⁴ Entwurf Zwischenbericht 2000 der Nationalen Methadon-Statistik. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2000 (non publié).
- ⁷⁵ Läubli-Loud M. Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé. Berne : Office fédéral de la santé publique, 1997.
- ⁷⁶ Spreyermann C. Internetz, mise en réseau réussie des institutions oeuvrant dans les domaines socio-sanitaires et de la population migrante. Résumé de l'évaluation de projet. Berne : sfinx, 1999.
- ⁷⁷ Badan P, Dumont P, Gaberel PE, Stahl-Thuriaux A. Evaluation du programme-cadre " Ecoles et santé ". Genève : Collectif d'évaluation du Programme-cadre Ecoles et santé (CEPES), 2000.
- ⁷⁸ Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues, Lausanne, IUMSP, 2000.
- ⁷⁹ Binder HM, Furrer C, Maggi J, Cattacin S. Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich. Schlussbericht der externen Evaluation. Luzern : INTERFACE/resop., 2001.
- ⁸⁰ Formation dans le domaine des dépendances. Résumé et recommandations de l'évaluation de la politique de formation continue dans le domaine des dépendances et conclusions que l'OFSP en a tirées. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2001.