

Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie

Troisième rapport de synthèse 1997-1999

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
Unité d'évaluation de programmes de prévention

Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie

Troisième rapport de synthèse 1997-1999

Jean-Pierre Gervasoni, Frank Zobel, Christophe Kellerhals,
Françoise Dubois-Arber, Brenda Spencer,
André Jeannin, Fabienne Benninghoff, Fred Paccaud

Collaboration

Monique Aeschbacher, Marie-Louise Ernst, Dominique Hausser,
Béatrice Janin-Jacquat, Daniel Kübler

Remerciements

L'évaluation n'aurait pu être menée à bien sans l'excellente collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique, à Berne, le travail important fourni par l'ensemble des chercheurs responsables des études ainsi que la précieuse collaboration, à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'IUMSP, d'Irène Kölbl Tchemadjeu et de Myriam Maeder, secrétaires, de Patrick Burlly et d'Aline De Torrente, documentalistes, et de Mary Haour-Knipe.

Il n'y aurait en outre rien à rapporter sans la coopération de nombreuses personnes qui ont accepté de participer aux différentes enquêtes, dans la population ou parmi ceux qui ont des rôles professionnels.

Qu'ils soient tous ici très vivement remerciés.

**Cette évaluation a été mandatée et financée par
l'Office fédéral de la Santé publique, Berne,
Contrat n° 316.95.5755 A-B-C**

Citation suggérée

Gervasoni J-P, Zobel F, Kellerhals C,
Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A,
Benninghoff 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, 2000.

Adresse pour commande

Institut universitaire de médecine sociale
et préventive/UEPP
17, rue du Bugnon
CH-1005 Lausanne
tél. 0041 21 314 72 92
fax 0041 21 314 72 44
e-mail: uepp@inst.hospvd.ch

Table des matières

	Formation continue et perfectionnement	31
	Coordination	33
	Prévention des dépendances auprès des populations étrangères	35
	Conception/planification globale	36
	Conclusions et recommandations	40
1		
Introduction	7	
Place du ProMeDro dans la politique drogue de la Confédération	7	
Les domaines et modes d'action du ProMeDro	7	
Buts et résultats attendus	8	
Ressources du ProMeDro	8	
La coopération du ProMeDro avec les autres domaines de l'OFSP	8	
Environnement	8	
Différences principales entre MaPaDro et ProMeDro	9	
2		
Le mandat de l'évaluation globale et ses objectifs	11	
Rappel des deux premières phases de l'évaluation (1991-1996)	11	
Troisième phase et concept de l'évaluation globale (1997-2002)	11	
Buts généraux et questions centrales de l'évaluation	12	
Méthodologie de l'évaluation globale	12	
Mise en garde	14	
3		
Evaluation de la conception/planification du ProMeDro	15	
Objectifs	15	
Méthode	15	
Questions d'évaluation	16	
Structure des chapitres de conception/planification par domaines d'activité	17	
Conception/planification des domaines du ProMeDro	17	
Prévention	17	
Thérapie et traitement	19	
Réduction des risques et aide à la survie	22	
Campagne	24	
Epidémiologie	26	
Recherche	27	
Evaluation	29	
	4	
	Evaluation de la mise en œuvre et de ses produits/productions	45
	Objectifs	45
	Méthode	45
	Questions d'évaluation	46
	Structure des chapitres mise en œuvre par domaines d'activité	46
	Prévention	47
	Thérapie	51
	Réduction des risques et aide à la survie	56
	Campagne	61
	Epidémiologie	64
	Recherche	66
	Evaluation	68
	Formation continue et perfectionnement	69
	Coordination	73
	Communautés migrantes	76
	Conclusions et recommandations	78
	Conclusions sur le lien entre la conception/planification et la mise en œuvre	78
	Recommandations sur le lien entre la conception/planification et la mise en œuvre	78
	Conclusions et recommandations sur la mise en œuvre	79
	5	
	Les modes de délégation de l'OFSP	87
	Introduction	87
	Méthode	87
	Les principales dimensions identifiées dans la pratique de délégation de l'OFSP	88
	Réponse aux questions d'évaluation	88
	Quelles sont les charges déléguées ?	88
	Quels sont les divers modes de délégation utilisés par l'OFSP ?	89
	Dans quelles stratégies s'inscrivent ces modes de délégation ?	89

Quelles sont les conséquences de ces modes de délégation ?	90	Quelles sont les différences entre les textes juridiques et les consignes formelles ?	107
Quels sont les mécanismes de contrôle à disposition de l'OFSP et quelle est leur efficacité ?	91	De par son mandat général de prévention, quel rôle la police estime-t-elle devoir assumer dans la protection de la santé des consommateurs de drogues ? Quelles mesures envisage-t-elle de prendre dans ce sens ?	107
La délégation est-elle adéquate ?	91	Résultats globaux	108
Conclusions et recommandations	93	Recommandations	110
6		8	
Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)	95	Situation épidémiologique de la consommation de drogues en Suisse	113
Introduction	95	Données disponibles	113
Méthode	95	Indicateurs directs de la consommation	114
Questions d'évaluation	95	Consommation de drogues illégales chez les adolescents de 15 ans	114
Taux de réponse	96	Evolution de la consommation de drogues illégales dans la population de 17 à 45 ans	114
Description des répondants	96	Indicateurs indirects de la consommation	115
Résultats	97	Indicateurs de répression : évolution des dénonciations pour consommation de drogues illégales	115
Collaborations	97	Les décès liés à la drogue	117
Diffusion (utilisation et connaissance) des actions soutenues par l'OFSP et des idées guidant son intervention	98	La consommation de tabac et d'alcool	117
Appréciation des actions soutenues par l'OFSP et des idées guidant son intervention, et énoncé des priorités à adopter.	98	Autres indicateurs de gravité des conséquences de la consommation, recueillis par des enquêtes auprès de consommateurs	118
Aspects législatifs, politiques et financiers	99	Caractéristiques socio-démographiques et insertion sociale des consommateurs	118
Conclusions et recommandations	100	Modes de consommation	119
		Relations avec le système répressif	119
7		Evolution de l'exposition aux risques, protection, test VIH chez les usagers des SBS	119
Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues	103	Aperçu synthétique	121
Introduction	103		
Questions d'évaluation	103	9	
Méthode	103	Conclusions et recommandations finales, perspectives et pistes de réflexion	125
Résultats : le contexte de l'intervention policière auprès des consommateurs de drogues	104	Suivi des conclusions générales de l'évaluation (1990-1996)	125
Situation structurelle initiale	104	Défis passés, présents, futurs	127
Problèmes de santé des consommateurs de drogues et intervention policière au quotidien	105	Recommandations finales	128
Résultats : réponses aux questions d'évaluation	105		
Quels sont les textes juridiques et les consignes formelles qui guident le comportement de la police devant les problèmes de santé des consommateurs de drogues illégales ?	105		
Les textes juridiques et les consignes formelles sont-ils mutuellement cohérents ?	107		

Annexes		
Annexe 1a		
Glossaire	131	
Annexe 1b		
Les principales priorités de ProMeDro de 1998 à 2002	133	
Annexe 1c		
Evolution de l'acceptabilité de différentes mesures de lutte contre la drogue de 1991 à 1997, pourcentages des personnes favorables	134	
Annexe 2a		
Etudes et analyses complémentaires menées par le programme d'évaluation, phases I, II et III	135	
Annexe 3a		
Théories d'action des différents domaines	cahier séparé	
Annexe 3b		
Grille pour les interviews des collaborateurs de l'OFSP	136	
Annexe 4a		
Evolution du nombre d'établissements et de places de traitement résidentiel en Suisse (1993-1998)	137	
Annexe 5a		
Liste des cas analysés dans l'étude des modes de délégation de l'OFSP (par ordre alphabétique)	138	
Annexe 5b		
Répartition des cas de délégation selon les types de projets	139	
Annexe 7a		
Personnes interviewées et informateurs dans le cadre de l'étude « Aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues »	140	
Annexe 8a		
(tableau complémentaire au chapitre 8) Evolution de la consommation de drogues illégales sur la durée de vie chez les adolescents de 15 ans en 9e année scolaire, en %, avec intervalles de confiance à 95%		142
Annexe 8b		
(tableau complémentaire au chapitre 8) Evolution de la consommation de drogues illégales dans la population de 17 à 45 ans, en %		143
Annexe 8c		
(tableau complémentaire au chapitre 8) Age, partage de seringues et test VIH – rapporté ou mesuré – dans diverses populations de consommateurs de drogues : 1989-1997		144
Annexe 8d		
(tableau complémentaire au chapitre 8) Evolution du nombre de décès liés à la drogue dans les pays de l'Union Européenne et en Suisse, 1985-1997		146

Structure du rapport d'évaluation

Ce rapport d'évaluation couvre la période 1997-1999. Il est destiné à plusieurs types de lecteurs : OFSP, décideurs, responsables d'institution, etc. Pour faciliter l'accès aux informations plus détaillées, il y est fait recours, le plus souvent possible, aux renvois aux notes de bas de page et aux annexes, ainsi qu'aux rapports complets des études spécifiques conduites durant cette phase de l'évaluation. De plus, les références se trouvent à la fin de chaque chapitre. Puisqu'il s'agit d'un rapport d'évaluation, la priorité a été donnée aux éléments évaluatifs, basés sur des questions d'évaluation et sur leurs réponses actuelles. Le chapitre 1 (pp. 7-10) contient un bref rappel du Programme de mesures de santé publique de la Confédération visant à réduire les problèmes de drogue (ProMeDro). Le mandat de l'évaluation globale et ses objectifs compose le chapitre 2 (pp. 11-14). Le chapitre 3 (pp. 15-44) porte sur l'étude conception/planification. Le chapitre 4 (pp. 45-85) présente l'évaluation de la mise en œuvre et les produits/productions de l'action du ProMeDro. Le chapitre 5 (pp. 87-94) porte sur l'étude des modes de délégations de l'OFSP. Le chapitre 6 (pp. 95-102) présente les résultats principaux de l'étude des partenaires de l'OFSP. Le chapitre 7 (pp. 103-112) décrit et analyse le travail sanitaire effectué par la police auprès de consommateurs de drogues. Le chapitre 8, (pp. 113-124) reprend les principaux éléments épidémiologiques de la toxicomanie en Suisse et les met en relief avec certaines données européennes. Le chapitre 9 (pp. 125-129) donne les conclusions et les recommandations générales.

De nombreux projets, programmes et institutions sont cités dans ce rapport, d'où la présence d'un lexique (annexe 5a) qui reprend les principaux acronymes. Pour que le texte puisse garder sa cohésion, les définitions des principales catégories utilisées sont présentées dans l'annexe 1a.

Introduction

Dès 1991, l'OFSP a confié à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) l'évaluation globale des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (MaPaDro annexe 1a). Le premier bilan a couvert la période 1990-1992¹ et le deuxième la période 1993-1996², donnant également une vue d'ensemble sur la période 1990-1996 (p. 11). Le présent rapport analyse la période 1997-1999 de l'action de l'OFSP en matière de toxicomanie, désormais dénommée ProMeDro.

Place du ProMeDro dans la politique de la drogue de la confédération

En 1991, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis sur pied un programme de mesures visant à réduire les problèmes de drogue (MaPaDro)³. Les interventions fédérales, qui visent à soutenir les efforts des cantons, des communes et des organisations privées (**principe de complémentarité**), forment l'un des aspects centraux de la politique suisse en matière de drogue, définie par le Conseil fédéral comme le **modèle des 4 piliers** (prévention; thérapie et réintégration; réduction des risques et aide à la survie; répression et contrôle).

Dans les interventions de santé publique relatives aux problèmes de drogue, le rôle de la Confédération est défini par la Loi fédérale sur les stupéfiants (art. 15a et 15c) et par la politique du Conseil fédéral en matière de drogue^a.

La Confédération doit également coordonner l'action de tous les Offices fédéraux impliqués dans la lutte contre la toxicomanie, et le ProMeDro prend place

dans cet effort de coopération entre Offices: il s'agit d'optimiser leur coordination, en particulier avec l'Office fédéral de la Police et l'Office fédéral des assurances sociales.

Dans le domaine de la politique drogue, l'action de la Confédération ne se limite pas au ProMeDro. Elle inclut aussi l'élaboration de la politique suisse en matière de drogue (Parlement, Conseil fédéral, votations), la révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants et la préparation d'une loi sur la prévention des dépendances, la coopération politique internationale en matière de drogue, la lutte contre le trafic illicite de stupéfiants et contre le crime organisé lié aux stupéfiants, le contrôle des stupéfiants utilisés à des fins médicales et les autres aspects liés aux substances. Ces domaines de l'action fédérale ne relèvent pas du ProMeDro, et ne sont donc pas évalués ici.

Les domaines et modes d'action du ProMeDro

Le ProMeDro recouvre l'ensemble des interventions de l'OFSP visant la diminution des problèmes de drogue et de toxicomanie. Ces interventions sont rassemblées dans un programme de longue durée qui se définit par des buts communs, une définition claire du rôle de la Confédération et de l'OFSP et quatre modes d'action principaux:

- information et documentation;
- promotion des modèles éprouvés et impulsion à l'innovation;
- coordination et harmonisation;
- promotion de la qualité.

Les orientations générales du ProMeDro sont données par les stratégies d'intervention au niveau des **piliers** «Prévention», «Thérapie» et «Réduction des risques et aide à la survie». Les **mesures d'accompagnement** (information et documentation, campagne de sensibilisation, formation des professionnels, épidémiologie, recherche, évaluation et coordination/coopération Confédération, cantons et villes) sont conçues comme des appuis à ces piliers. Enfin, des plans d'action spécifiques ont été développés pour **deux contextes particuliers**: les communautés migrantes et le milieu carcéral.

^a Décisions du Conseil fédéral des 20.2.91, 28.4.92, 3.10.94, 31.1.95, 6.10.97 et 19.12.97, «Position du Conseil fédéral sur les problèmes de drogue» du 6.9.94, et Message du Conseil fédéral sur les initiatives Jeunesse sans Drogue et Droleg, du 15.6.95.

Pour chacun de ces domaines (piliers, mesures d'accompagnement et contextes particuliers), l'OFSP a développé des buts spécifiques, des stratégies et des programmes de mesures qui seront présentés plus en détails dans les chapitres 3 et 4. Les priorités du ProMeDro pour la période 1998-2002 figurent dans l'annexe 1b.

Bien que le pilier « Répression/contrôle » ne soit pas du ressort de l'OFSP, certaines coopérations effectuées avec ce pilier dans le cadre de ProMeDro sont prises ici en compte (p.7).

Buts et résultats attendus

Les **buts** du ProMeDro se réfèrent aux **trois piliers** à la charge de l'OFSP :

- diminuer l'entrée dans la consommation de drogue et éviter l'évolution vers une dépendance (**prévention**);
- améliorer les possibilités de sortie de la toxicomanie (**thérapie et réintégration**);
- améliorer les conditions de vie et de santé des personnes qui consomment des drogues, réduire les risques et maintenir leur intégration sociale (**réduction des risques et aide à la survie**).

L'atteinte de ces buts devrait fournir les résultats suivants :

- une réduction significative du nombre de personnes dépendantes des drogues dures;
- une réduction de la gravité des dommages à la santé et aux conditions de vie, liés à la consommation et à l'abus de drogue;
- une réduction des répercussions des problèmes de drogue sur la société.

Ressources du ProMeDro

Dès 1991, l'OFSP s'est vu allouer par la Confédération un budget d'intervention lui permettant de mettre en œuvre son programme de réduction des problèmes de drogue. Aujourd'hui, ce budget est de l'ordre de 18 millions de francs par année (période 1998-2002), auxquels s'ajoutent quelque 15 postes de collaborateurs à l'OFSP.

Une partie de ce budget est consacrée à des actions conjointes avec les programmes sida, alcool ou tabac, lorsque ces programmes ont des objectifs communs (cf. ci-dessous).

La coopération du ProMeDro avec les autres domaines de l'OFSP

Le cas échéant, le ProMeDro coopère avec d'autres programmes de l'OFSP : Programme Sida, Programme Tabac et Programme Alcool. Il s'agit de stratégies et de projets communs, en particulier dans les domaines suivants : la prévention et la promotion de la santé à l'école, la prévention auprès des jeunes, le programme santé des migrants, la réduction des risques drogue/sida, la promotion de la santé en milieu carcéral, la formation des professionnels de la dépendance, le processus de promotion et le management de la qualité.

Environnement

Parmi les faits marquants survenus dans l'environnement du ProMeDro entre 1997 et 1999, relevons les votations relatives aux initiatives populaires Jeunesse sans drogue et Droleg. Leur rejet massif par la population et par l'ensemble des cantons a confirmé la pertinence et l'acceptation générale de la politique de la Confédération (70,6% de voix contre Jeunesse sans drogue le 28 septembre 1997, et 74% contre Droleg le 28 novembre 1998). L'arrêté fédéral urgent (AFU) portant sur la prescription médicale d'héroïne a été approuvé le 9 octobre 1998 par les deux chambres du parlement national. Un comité placé sous l'égide de l'Union démocratique fédérale (UDF) a lancé une demande de référendum qui a abouti, et sur lequel les

citoyens se sont prononcés le 13 juin 1999. L'AFU a été accepté par 54.3% des voix. Ces résultats confirment ceux des enquêtes effectuées auprès de la population suisse en 1991, 1994 et 1997, sur les connaissances et les perceptions du problème de la toxicomanie^{4,5,6}.

A titre d'exemple, l'annexe 1c présente l'évolution de l'acceptabilité de différentes mesures de lutte contre la drogue au fil de ces trois enquêtes. Parallèlement, dès 1995, le discours de la presse devient progressivement routinier, avec une tendance dans l'ensemble de plus en plus libérale⁷.

A noter que l'OFSP s'est engagé très activement dans ces votations, quand bien même la plupart des indicateurs laissaient prévoir un rejet des initiatives, ce qui a notamment ralenti la préparation et la finalisation des documents établissant le ProMeDro (pp. 15-44).

Différences principales entre MaPaDro et ProMeDro

Bien que le ProMeDro s'inscrive dans le sillage de MaPaDro, il est bon de rappeler ses nouvelles orientations. MaPaDro était né dans un contexte de grande visibilité – médiatique notamment – du problème de la drogue (scènes ouvertes, augmentation du nombre des décès dus à la drogue, désinsertion et misère des consommateurs de drogues). Par la suite, cette visibilité a progressivement diminué : pour la population, le problème de la drogue n'est plus actuellement prioritaire, ses préoccupations concernent le chômage et l'immigration.

On commence à reconnaître à tous les niveaux aujourd'hui la nécessité d'une approche globale de la problématique de la toxicomanie (p. 8). Toutefois le quatrième pilier (répression) demeure relativement isolé, malgré les efforts de l'OFSP pour **améliorer la collaboration entre le secteur de la répression et les trois autres piliers**. Cet élément s'avère une priorité de l'OFSP pour les années à venir, et il apparaît clairement dans le ProMeDro.

L'OFSP a d'ailleurs multiplié ce type d'approche, axé sur la **coordination et la collaboration**, en soutenant et en initiant la création de nombreuses structures/organisations visant précisément cet objectif au sein des différents piliers (RADIX, SAH/OSEO, COSTE, centrale de coordination drogues ou sport) et dans le domaine de la formation (CONVERS et ARIA). Le renforcement de la coordination constitue également une priorité du ProMeDro.

Parmi les nouveaux modes d'action que l'OFSP entend développer dans le cadre du ProMeDro, on trouve la **promotion de la qualité**.

L'OFSP, qui soutenait déjà une **approche centrée sur les dépendances** dans les domaines de la prévention primaire et secondaire, semble vouloir encore renforcer ses efforts dans ce sens, puisqu'on assiste chez les jeunes, et dans un **contexte social plus précaire** (augmentation du chômage), à une augmentation de la consommation de tabac, d'alcool, de haschisch, d'ecstasy, etc.

En résumé, passer de MaPaDro à ProMeDro, c'est évoluer d'une **logique de l'action** à une **logique de coordination et de coopération**.

Références bibliographiques

- ¹ Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Bilan initial 1991-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993 (Cah Rech Doc IUMSP, no 81).
- ² Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111 a).
- ³ *Programmes 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; 1998.
- ⁴ Zeugin P, Panchaud C. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes de la toxicomanie: phase I. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992 (Cah Rech Doc IUMSP, no 81.1).
- ⁵ Heim G. IPSO Sozialforschung, Dübendorf. *Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen des Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111.5).
- ⁶ Bergman M, Cattacin S, Lucas B, Wernli B. *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*. Genève: Université de Genève, Département de science politique; 1997 (Travaux et communications 8/1997).
- ⁷ Widmer J, Boller B, Coray R. *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen*. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 1997.

Le mandat de l'évaluation globale et ses objectifs

Rappel des deux premières phases de l'évaluation (1991-1996)

En 1991, la Confédération a débuté une importante intervention dans le champ de la dépendance aux drogues illégales. Cette problématique de santé publique n'était certes pas nouvelle, et depuis longtemps déjà des mesures cantonales et supra-cantonales avaient été prises dans les domaines relatifs aux trois piliers. Pour l'OFSP, il s'agissait donc de les renforcer et de les compléter (principe de complémentarité, p. 7). Il était donc difficile de délimiter l'action de la Confédération, et d'évaluer ses effets.

Dans le champ de la recherche et de la statistique, il existait déjà un corpus de données (incomplet et encore insatisfaisant) et surtout des acteurs ayant établi leur domaine de compétence.

Compte tenu de cet état de fait, le premier souci de l'OFSP a été de demander un **bilan de situation**, précédé d'une réflexion sur les **différents indicateurs de consommation/gravité disponibles ou souhaitables**¹. Ce bilan avait esquissé une définition de l'approche évaluative: celle-ci devait être globale et à forte composante **«goal-based»** (c'est-à-dire axée sur une synthèse épidémiologique des données sur la prévalence de la consommation et sur la gravité des problèmes qui lui sont liés). Elle devait en outre intégrer la collection systématique d'informations relatives aux processus décisionnels, aux activités, aux caractéristiques et aux effets des mesures mises en œuvre, ainsi qu'à leur environnement.

Les évaluations des programmes spécifiques et des projets lancés depuis 1991 par l'OFSP ou avec son soutien (par exemple PROVE, Drogue ou Sport, formation des intervenants, etc.) ne faisaient pas partie de l'évaluation globale du MaPaDro, et ont d'ailleurs été confiées à d'autres chercheurs. L'évaluation globale pouvait toutefois aborder sous un autre angle certains de leurs thèmes, lorsque l'OFSP le souhaitait

(annexe 2a). Une part importante de l'évaluation du MaPaDro a donc consisté en l'exploitation de données issues de recherches ou de statistiques existantes, provenant, entre autres, des évaluations des programmes spécifiques.

Troisième phase et concept de l'évaluation globale (1997-2002)

La troisième phase de l'évaluation entre dans le cadre du nouveau programme de mesures de l'OFSP (ProMeDro), et porte sur les objectifs et les tâches définis pour la période 1997-2002. La structure de l'évaluation globale a d'abord été basée sur un document de l'OFSP², puis longuement discutée par les évaluateurs et les responsables de l'OFSP avant d'obtenir l'aval de celui-ci.

Le concept d'évaluation qui a été retenu consiste en une approche d'évaluation **globale**³, capable d'appréhender les éléments de **conception/planification** (pp. 15-44), de **mise en œuvre** (pp. 45-86) et de **résultats** (pp. 87-102) du ProMeDro (**outputs et outcomes**^a), ainsi que les éléments pertinents de l'environnement social. Il s'agit donc d'examiner et de mettre en évidence dans la durée les divers composants de la stratégie et de ses effets.

^a Par output nous entendons les résultats directs du programme en termes de processus (combien d'actions réalisées, de gens touchés, d'organisations participant aux actions, etc.) et par outcome les résultats sur les cibles du programme, les effets à proprement parler (les changements dans la prévalence de la consommation, les formes de consommation, l'état de santé des consommateurs, leur insertion sociale, etc.), les effets sur l'environnement peuvent être attribués à la catégorie outputs s'il s'agit d'effets de type processus (nombre d'articles de presse paraissant sur un sujet, nombre d'initiatives secondaires prises par des partenaires, etc.) ou de type résultat (contenus de politiques cantonales, de lois, etc.)

L'évaluation **accompagne** la mise en œuvre des mesures et observe ses résultats, elle se construit et se complète au fil du temps. Les divers éléments de la stratégie sont appréhendés au travers d'un ensemble d'études (tableau 2a) et d'analyses complémentaires, dont la combinaison permet d'obtenir une vision synthétique de la situation.

Enfin, l'approche est **centrée sur l'utilisateur**⁴ (*user focused evaluation*): l'accent est mis sur la pertinence et l'adéquation de l'évaluation en regard de la situation à évaluer, des questions qui lui sont posées et des besoins de l'utilisateur. L'évaluation peut donc s'adapter aux évolutions du questionnement. Cette approche, qui ne préconise pas un modèle particulier, offre une grande liberté dans le choix et la combinaison des méthodes utilisées pour répondre aux multiples questions posées dans une évaluation de type globale.

L'OFSP souhaite savoir d'une part si ce qu'il entreprend est adéquat, et d'autre part comment améliorer son action. Il souhaite donc obtenir un feed-back régulier sur le développement, la pertinence, l'efficacité, voire l'efficience^b de ses actions. Les résultats de l'évaluation sont donc régulièrement restitués aux responsables des divers domaines de façon à permettre, le cas échéant, des ajustements de leur stratégie.

En résumé, l'évaluation globale prend en compte d'une part le ProMeDro **dans son ensemble**, ainsi que certains **éléments pertinents ou prioritaires dans les divers domaines** qui le composent. C'est donc bien la politique de la Confédération qui est focalisée et, en principe, les politiques cantonales n'entrent en ligne de compte que marginalement, surtout dans l'optique de l'examen de **l'environnement** dans lequel s'insèrent les mesures fédérales.

Il est clair que l'évaluation ne peut couvrir tous les domaines de façon équitable: des choix ont été faits de concert avec l'OFSP. Ils prennent en compte la réflexion stratégique de l'OFSP et l'implantation de ses mesures.

Buts généraux et questions centrales de l'évaluation

Les **butts généraux de l'évaluation** sont :

- fournir une information qui puisse contribuer à améliorer les mesures prise par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro ;
- aider les responsables du développement et de la mise en œuvre du ProMeDro à prendre les décisions adéquates ;
- aider éventuellement à choisi entre diverses options.

Les **trois questions centrales** posées à l'évaluation par l'OFSP sont :

- Observe-t-on des effets du ProMeDro allant dans le sens des objectifs fixés ?
- Est-ce que ces effets sont obtenus de la manière la plus appropriée (en termes de pertinence, d'efficacité et de conformité au processus planifié) ?
- Peut-on identifier des facteurs décisifs ayant permis d'atteindre les objectifs du ProMeDro ?

Comme nous l'avions mentionné dans notre protocole d'évaluation⁵, il n'est pas facile de répondre directement à toutes ces questions, et le travail d'approfondissement et d'opérationnalisation de ces questions constitue la toute première tâche de l'évaluation (en collaboration avec l'OFSP). Il s'agit de proposer, entre autres, des indicateurs dont le suivi permettra de répondre de façon nuancée à ces questions très globales (p.15 et 45).

Méthodologie de l'évaluation globale

Le tableau 2a donne la liste des études et des analyses qui composent l'évaluation globale. A titre de rappel, l'annexe 2a donne celles effectuées dans la période d'évaluation 1991-1999.

^b En matière d'évaluation, l'analyse de l'efficacité (d'une mesure, d'un programme) signifie comparer les résultats obtenus aux objectifs visés, tandis que l'analyse de l'efficience demande de comparer les résultats obtenus aux moyens investis.

Tableau 2a

Etudes et analyses complémentaires menées par le programme d'évaluation en 1997-1999, et les informations qu'elles ont fournies sur le processus, les résultats et l'environnement du ProMeDro.

	Processus	Résultats	Environnement
Etudes principales UEPP			
Etude de la conception/planification du ProMeDro (série d'interviews des responsables de chaque domaine de l'OFSP, théories d'action, restitutions à l'OFSP)	•		
Etude de la mise en œuvre du ProMeDro	•	•	
Etude des modes de délégation de l'OFSP	•	•	
Enquête auprès des partenaires de l'OFSP	•	•	•
Etude des aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues			•
Analyses complémentaires, études UEPP			
Analyse du monitoring des activités des centres à bas-seuil	•	•	
Analyses complémentaires des études de clientèle des centres à bas-seuil		•	
Analyse complémentaire de l'étude sur la « population cachée »		•	
Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue		•	•
Analyses complémentaires, autres études			
Analyse et synthèse des données épidémiologiques		•	
Analyse et synthèse d'autres évaluations	•	•	•
Suivi de la presse			•

La méthodologie des cinq principales études contribuant à l'évaluation globale est présentée au début des chapitres qui leur sont consacrés : étude de la conception/planification du ProMeDro (pp. 15-44), étude de la mise en œuvre du ProMeDro (pp. 45-86), étude des modes de délégation de l'OFSP (pp. 87-94), enquête auprès des partenaires de l'OFSP (pp. 95-102), étude des aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues (pp. 103-112).

L'étude de la conception/planification a permis de clarifier les concepts de l'OFSP, et de générer dans chaque domaine une nouvelle série d'indicateurs de processus, de résultats et d'environnement. Ces indicateurs ont été suivis et analysés dans l'étude de la mise en œuvre du ProMeDro. Les indicateurs utilisés dans les deux premières phases de l'évaluation (1990-1996) ont également été revus et affinés dans cette étape.

L'étude des modes de délégation de l'OFSP s'inscrit dans l'analyse d'une pratique de plus en plus fréquente à l'OFSP. Le recours à la délégation est l'une des conséquences du passage d'une logique de l'action à une logique de coordination (pp. 87-94).

L'enquête auprès des partenaires de l'OFSP, vient compléter l'information sur la collaboration, le niveau de connaissance, et la manière dont les partenaires de l'OFSP perçoivent son action et sa politique dans le cadre du ProMeDro (pp. 95-102).

Enfin, l'étude sur les aspects sanitaires du travail de la police auprès des consommateurs de drogues fournit des informations en mesure d'aider l'OFSP à développer sa collaboration avec le secteur de la répression (pp. 103-112).

Les analyses complémentaires d'études et de données épidémiologiques ont nécessité la mise sur pied d'un système de documentation avec mise à jour régulière. Les différents rapports d'études, d'évaluations, et de recherches sont classés à l'UEPP de manière systématique et proactive. Ces analyses complémentaires se basent en partie sur des études menées directement par l'UEPP dans le cadre de l'évaluation globale (tableau 2a et annexe 2a) et en partie sur une revue continue de la littérature et sur les documents disponibles dans notre service de documentation.

Mise en garde

Il convient de souligner que le lien de causalité entre les actions entreprises et les « effets » observés doit toujours être relativisé, ne serait-ce que parce que ces actions ne surviennent pas dans un « vide d'intervention » ou un « vide social », mais bien dans un environnement où de nombreux acteurs et phénomènes sociaux sont à l'œuvre. On peut aussi raisonnablement affirmer que ces phénomènes n'exercent pas une influence homogène sur les indicateurs retenus. Les données recueillies sont soumises à un jugement et à une interprétation qui doivent en quelque sorte estimer le poids de l'évidence. La confrontation de diverses sources de données est donc nécessaire (**triangulation**).

Références bibliographiques

- ¹ Cattaneo M, Dubois-Arber F. *Rapport intermédiaire sur les indicateurs pour mesurer l'évolution de la gravité/quantité du problème de la toxicomanie en Suisse*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1991.
- ² Gertsch M, Lehmann P. *Globalevaluation des Massnahmen zur Verminderung von Drogenproblemen: Gegenstand, Ziel und zentrale Fragestellungen des Evaluation*; 1996.
- ³ Rossi PH, Freeman HE. *Evaluation: a systematic approach*. 5th ed. Newbury Park; London; New Delhi: Sage Publications; 1993.
- ⁴ Patton MQ. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. 3rd ed. Thousand Oaks ed. London [etc.]: Sage Publications; 1997.
- ⁵ Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. *Protocole d'évaluation globale du paquet de mesures de la Confédération visant à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (ProMeDro) 1997-99*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997.

Evaluation de la conception et de la planification du ProMeDro

La première partie de l'évaluation globale du ProMeDro visait à établir et à apprécier, mais aussi à encourager la réflexion qui soutient les mesures constitutives de ce programme de santé publique. Dans ce but les évaluateurs ont accompagné les collaborateurs du ProMeDro dans leur démarche de conceptualisation du programme, et ont développé un outil permettant de mieux saisir l'action du programme dans son ensemble.

Objectifs

Pour évaluer les effets et les résultats du ProMeDro, il importe de saisir la réflexion qui mène l'action de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie. En effet, le contenu de ce programme résulte tant du bilan des actions passées que d'une analyse des besoins et des moyens présents. Mettre à jour ces différents éléments et leurs liens, c'est-à-dire établir la logique d'action du programme, vise globalement deux objectifs pratiques : d'une part, déterminer les éléments sous-jacents du programme en vue de son évaluation et, d'autre part, favoriser chez les collaborateurs du programme une meilleure appropriation de sa logique interne.

Méthode

En pratique, l'évaluation de la conception/planification du ProMeDro s'est faite en cinq étapes :

- **Délimitation du Programme et suivi documentaire des mesures**
Constitution d'une documentation, permettant de suivre l'évolution de la réflexion et des actions de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie, et mise à jour de l'organigramme du nouveau programme, des collaborateurs impliqués et de leurs fonctions.
- **Bilan des activités passées, organisation et orientations générales du Programme**
Interviewer les collaborateurs du ProMeDro afin de faire apparaître un bilan de l'effet des mesures passées, le choix des mesures à poursuivre et à venir, et le fonctionnement interne du programme. Une première analyse permet alors de définir les orientations et les cibles du programme, et d'apprécier certains aspects de sa cohérence interne.
- **Mise à jour des objectifs et de la logique d'action du Programme**
Réaliser une « théorie d'action » pour chaque domaine d'intervention d'abord, puis pour l'ensemble du programme (annexe 3a). Ces schémas conceptuels font ressortir l'ensemble des objectifs d'un domaine et les liens de causalité qui les unissent. Ils permettent ainsi de saisir la logique d'action et d'efficacité attribuée aux mesures, et de suivre l'évolution de la mise en œuvre du programme dans le temps.
- **Appréciation extérieure de la conception/ planification du programme**
En l'absence de critères d'adéquation ou de standards reconnus, soumettre la conception/ planification du programme au triple jugement d'un groupe d'experts^a, des évaluateurs et des collaborateurs de l'OFSP. Dans les faits, la consultation d'experts sur le contenu de la conception/ planification de l'OFSP ainsi que l'appréciation des évaluateurs sont soumises aux collaborateurs de l'OFSP en vue d'une appropriation.

^a J.L. Baierlé, D. Berner, A. Bondolfi, I. Cassis, S. Cattacin, M. Graf, B. Gravier, R. Haemmig, D. Kübler, J. Nelles, G. De Rham, M. Riek, H. Steffen, T. Steffen.

Tableau 3a

Tableau récapitulatif des étapes et de leur contenu

Date	Étapes	Contenu
Été 1997	Interviews OFSP 21 collaborateurs OFSP et 4 partenaires externes (OFP, COSTE, RADIX, OSEO)	Questions de la grille d'entretien (annexe 3b)
Septembre 1997	Restitution I	Rappel du concept d'évaluation
	Document de restitution I	Définition du rôle et des missions de l'OFSP
		Organisation interne du ProMeDro
		Acquis et questions dans chaque domaine
Novembre 1997 à mai 1998	Théories d'action	Réalisation et validation des théories d'action
25 mai 1998	Restitution II	Présentation des théories d'action par domaine
	Document de restitution II	Analyse d'ensemble des théories d'action par domaine
		Présentation de la théorie d'action globale
Juillet à septembre 1998	Panel d'experts	Consultation écrite des experts et discussions de groupe
26 octobre 1998	Restitution III	Expertise des concepts de l'OFSP par domaine
	Document de restitution III	Expertise transversale de l'ensemble du paquet de mesures
Novembre 1998 à janvier 1999	Restitutions individualisées	Analyse des résultats de l'expertise avec les collaborateurs de l'OFSP.

• **Articulation entre la conception/planification et la mise en œuvre du programme**

Délimiter les principales questions concernant la mise en œuvre du ProMeDro et formuler ensuite des propositions d'évaluation de certaines mesures du programme.

Cette démarche s'accompagne de fréquentes restitutions du travail des évaluateurs et de nombreuses discussions concernant les données récoltées et leur analyse. C'est par ce biais qu'elle conduit à des transformations pratiques de la conception/planification du programme: l'appropriation des résultats de l'évaluation se fait donc en continu et non pas seulement a posteriori (pp. 11-14). Pratiquement, la démarche des évaluateurs s'est faite en parallèle avec la rédaction d'un document de conceptualisation du ProMeDro¹, et ces deux activités n'ont cessé de s'enrichir mutuellement.

Questions d'évaluation

- Sur quoi le ProMeDro se fonde-t-il (quelle analyse de la situation, quels besoins identifiés)?
- Quels sont les buts spécifiques définis dans chacun des domaines?
- Quels sont les publics cibles visés par le ProMeDro?
- Quelle est la pertinence des buts généraux, et par domaine?
- Est-il raisonnablement possible d'atteindre ces buts grâce aux mesures proposées et dans quel laps de temps?
- Existe-t-il une définition de critères de succès? Sont-ils évaluables?
- Le ProMeDro est-il susceptible de s'intégrer adéquatement dans l'ensemble des mesures prises en Suisse par d'autres partenaires (cantons, organisations, institutions)? A quelles conditions?

Les trois premières étapes de la méthode exposée plus haut (p. 15), la partie descriptive, visent à répondre aux trois premières questions de l'évaluation. La quatrième étape, plus analytique, fait le lien entre la conception/planification et la mise en œuvre; elle permet de construire des réponses à l'ensemble des questions d'évaluation. Enfin, la cinquième étape permet de poursuivre la démarche d'évaluation au niveau de la mise en œuvre.

Structure des chapitres de conception/planification par domaines d'activité

Dans les pages qui suivent, les domaines d'activité du ProMeDro (piliers et mesures d'accompagnement) seront décrits un à un selon la structure figurant dans le tableau 3b.

Tableau 3b

Source et méthode utilisées pour développer les thèmes des différents chapitres

Thème	Source et méthode
Conclusions et recommandations de l'IUMSP lors de l'évaluation 1990-1996	Synthèse des conclusions et recommandations du précédent rapport d'évaluation
Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)	Synthèse des interviews, des théories d'action et du concept rédigé par l'OFSP
Conception de l'action et du rôle national de l'OFSP	Idem
Planification des interventions pour les années à venir	Idem
Priorités du ProMeDro (1998-2002)	Selon le concept de l'OFSP (annexe 1b)
Appréciation de la conception/ planification actuelle par les experts et par l'évaluation	Synthèse des principaux éléments recueillis lors de la consultation des experts et appréciation finale des évaluateurs

Conception/planification des domaines du ProMeDro

Prévention

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

- L'OFSP a été très entreprenant dans la période 1990-1996, et a soutenu de nombreux projets. En outre, l'expérimentation et l'innovation ont été encouragées, notamment dans le domaine de la prévention secondaire. En terme d'efficacité, l'évaluation note que l'OFSP a remporté davantage de succès dans la diffusion et le soutien de projets existants que dans l'initiation de projets nouveaux. En effet, dans le premier cas, les partenaires ont porté eux-mêmes leur projet, alors que dans le second, le développement des projets conçu par l'OFSP s'est vu handicapé par un certain immobilisme et des résistances de la part des partenaires. De plus, la capacité de ces derniers à reprendre un projet a parfois été surestimée par l'OFSP.
- En conséquence, l'évaluation recommande:
 - que l'OFSP s'appuie sur des partenaires bien implantés, et qu'il s'interroge sur les modalités de la collaboration avec des acteurs extérieurs à la santé publique;
 - qu'il se consacre davantage à étendre des projets déjà existants;
 - qu'il assure la pérennité des projets sur plusieurs années, afin qu'ils puissent se développer, et qu'il travaille d'emblée sur l'ancrage de ceux-ci.
- L'évaluation² invite également l'OFSP à mieux définir les articulations entre prévention primaire et secondaire, et notamment à clarifier le concept de prévention secondaire. Le rapport recommande aussi la mise en place de zones pilotes, où le réseau communautaire serait particulièrement développé, et qui pourraient servir de « laboratoires » pour documenter l'efficacité de la prévention secondaire.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

Dans le domaine de la prévention, l'objectif du ProMeDro est de réduire la consommation de drogues légales et illégales ainsi que les dommages qui en résultent pour l'individu et la communauté.

Les populations visées par l'action de l'OFSP sont, d'une part, les enfants et les adolescents et, d'autre part, leur entourage social.

Conception de l'action dans le domaine prévention

L'OFSP se réfère à un concept très large dans le domaine de la prévention de la toxicomanie. Celui-ci englobe la prévention primaire^b ainsi que la prévention secondaire^c, promeut l'idée d'une plus grande proximité entre prévention et prise en charge, reconnaît un lien entre les consommations de drogues légales et de drogues illégales, et pose comme nécessité la participation de la communauté aux activités de prévention. Dans l'optique d'une clarification des rôles dans le domaine de la prévention, l'OFSP entend désormais assumer un rôle de leadership et de coordinateur au niveau national. Il n'interviendra plus dans le contenu pratique des projets sur le terrain, mais définira surtout les grandes orientations des programmes auxquels ils participent (voir ci-dessous).

Planification pour la prévention (annexe 3a)

La mise en place de **programmes-cadre** nationaux, délimités en fonction des lieux de vie qu'ils ciblent (écoles, loisirs, quartiers, sports, foyers, communautés immigrantes, associations de jeunesse, famille), constitue l'élément central de la planification.

Ces programmes nationaux reposent principalement sur trois éléments : une direction/coordination (le plus souvent extérieure à l'OFSP), une politique de financement du programme et une coordination/collaboration au niveau des administrations fédérales. Ces programmes-cadre visent la multiplication des projets, une meilleure coordination entre ceux-ci et, en fin de compte, l'institutionnalisation de la prévention sur les lieux de vie. A terme, leur but est de faire de la prévention une préoccupation spontanée dans l'environnement social des jeunes.

Dans les faits, l'OFSP compte dans un premier temps développer ou poursuivre six programmes-cadre qui concernent les ensembles suivants : écoles, quartiers et communes, sports, foyers, communautés immigrantes, associations de jeunesse. Pour ce faire, il s'associe dans chaque cas avec un partenaire présent au niveau national, et qui est en mesure de réaliser la mise en œuvre du programme.

L'OFSP entend aussi promouvoir l'innovation dans le domaine de la prévention, en accordant un soutien à la réalisation et à la diffusion des projets originaux. En outre, il entend développer les activités de prévention secondaire et documenter leurs effets à travers une importante recherche d'intervention (supra-f).

Finalement, l'OFSP entend développer la collaboration interne entre tous ses collaborateurs chargés de la prévention (drogues illégales, drogues légales, sida, etc.).

^b Activités visant à prévenir que des personnes s'initient à la consommation de drogues.

^c Activités visant à détecter de manière précoce les consommateurs de drogue et à leur offrir un encadrement ou une prise en charge permettant d'éviter qu'ils parviennent à une consommation problématique.

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

Accroître l'engagement de la Confédération en matière de **prévention primaire et secondaire** et d'intervention précoce pour éviter une évolution vers la toxicomanie, en insistant sur la nécessité d'un faisceau/système d'interventions ancrées dans la communauté afin que la prévention soit efficace, en particulier :

- réaliser la synergie des divers programmes de prévention primaire et secondaire, initiés ou soutenus par l'OFSP ;
- réaliser un programme-recherche de prévention secondaire individualisée (supra-f) permettant de mesurer et de démontrer l'efficacité d'une ou de plusieurs approches en prévention secondaire et de leur faisabilité dans le contexte suisse ;
- réorienter les ressources d'impulsion de l'OFSP vers le « pilier prévention ».

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

L'augmentation de la consommation de drogues légales et illégales chez les jeunes nécessite effectivement que l'on appréhende la prévention comme un tout, et que l'on s'intéresse davantage aux phénomènes de dépendances qu'au caractère légal ou illégal des substances qui en sont la cause. Une approche de santé communautaire, qui rapprocherait notamment les secteurs de la prévention et de la prise en charge, serait souhaitable elle aussi, puisqu'elle permettrait aux différents intervenants de s'inscrire dans une même démarche, d'avoir recours à des concepts de même ordre, et de mobiliser ensemble l'environnement communautaire.

Les jeunes adultes paraissent absents de la politique de l'OFSP, qui semble s'adresser uniquement aux moins de 18 ans. Or, il est établi que beaucoup d'héroïnomanes débutent leur consommation au-delà de cet âge. La prévention doit donc aussi s'adresser aux jeunes adultes, et l'on peut regretter qu'une institution comme l'armée ne donne lieu à aucun programme-cadre de prévention.

La répartition des objectifs et des ressources entre prévention primaire et secondaire ne paraît pas encore très claire. On peut aussi se demander si c'est en occupant un rôle de leadership que l'OFSP sera en mesure de collaborer efficacement avec les partenaires présents sur le terrain. Ce choix, on l'a vu par le passé, peut entraîner des conflits et s'avérer contre-productif. Au cours de la conception/planification de la prévention, l'association d'acteurs de terrain présente l'avantage de réduire le conflit de légitimités.

La stratégie des programmes-cadre pourrait s'avérer fructueuse, mais à deux conditions : d'une part, que la définition conceptuelle de ces programmes et de leur impact sur l'environnement soit encore précisée et, d'autre part, que l'on s'assure que leurs effets persisteront au-delà de la subvention accordée par l'OFSP. Reste une question de fond, déjà soulevée par l'évaluation : l'objectif de mobiliser le tissu communautaire autour des jeunes ne nécessite-t-il pas que les actions aient d'abord pour cible une communauté (quartier, ville) et seulement ensuite les lieux de vie ?

Thérapie et traitement

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

- L'activité de l'OFSP dans le domaine de la thérapie et des traitements peut être divisée en deux ensembles : l'ambulatoire et le résidentiel. Dans le premier, l'OFSP a fortement participé à l'élaboration et à l'évaluation de nouvelles possibilités de prise en charge avec prescription de stupéfiants sous contrôle médical (PROVE). Dans le second, sous l'impulsion du Conseil Fédéral notamment, l'OFSP a appliqué une démarche systématique qui, partant d'une analyse des besoins (REHA 2000), l'a amené à élaborer un paquet de mesures spécifiques (1994) puis à mettre sur pied une centrale de coordination nationale (COSTE).

Dans ce cadre, l'OFSP a également soutenu financièrement le démarrage et la réorganisation de diverses structures de traitement résidentiel, et a créé un système national d'information (Infoset Direct) qui devrait rendre plus accessible l'information concernant les institutions de traitement. Finalement, l'OFSP a aussi développé et soutenu la mise en place de statistiques nationales dans les secteurs ambulatoire et résidentiel.

- L'évaluation souligne que l'OFSP devra régulièrement vérifier l'adéquation des différentes composantes de l'offre thérapeutique avec les besoins des toxicomanes, à l'aide des statistiques nationales notamment. La qualité et l'adéquation des traitements devront aussi être développées par l'élaboration de critères de qualité, et par des études de suivi des toxicomanes. Dans le même sens, il est recommandé que l'OFSP intervienne plus largement aussi dans le secteur des traitements à la méthadone, et ce sur les aspects de qualité notamment.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

Dans le domaine de la thérapie et des traitements, le ProMeDro vise à promouvoir la sortie de la dépendance, à favoriser l'intégration sociale et à améliorer l'état de santé physique et psychique des personnes dépendantes.

Les populations visées par le domaine thérapie et traitements sont, d'une part, les personnes dépendantes et, d'autre part, les institutions responsables et/ou actives dans leur prise en charge. Enfin, les payeurs, assurances sociales et collectivités publiques, sont encore venus s'ajouter au public ciblé par les activités de l'OFSP.

Conception de l'action dans le domaine thérapie et traitement

L'OFSP se réfère à un concept qui promeut, d'une part, la diversification et la personnalisation des offres thérapeutiques en fonction des besoins sanitaires et sociaux des personnes dépendantes et, d'autre part, la professionnalisation des institutions et des personnes qui s'occupent des prises en charge.

Quant à son rôle, l'OFSP le conçoit comme celui d'un acteur fournissant une contribution structurelle, c'est-à-dire une contribution qui modifie les conditions et l'environnement dans lesquels interviennent les autres acteurs de ce domaine en Suisse. Cette contribution doit notamment agir sur l'offre: favoriser le développement de sa qualité (y compris sa diversité) et de son accessibilité (y compris son financement).

Planification pour la thérapie et les traitements (annexe 3a)

L'intervention de l'OFSP se répartit entre quatre secteurs: traitement résidentiel, prescription d'héroïne, substitution par la méthadone, et thérapies en prison. L'adaptation des systèmes de financement et l'élaboration de critères de qualité sont prioritaires dans le secteur résidentiel. Pour les thérapies ambulatoires avec prescription de stupéfiants (héroïne/méthadone), c'est l'institutionnalisation de l'offre, le développement des connaissances, la formation des professionnels et l'élaboration de guidelines qui sont jugées prioritaires. Enfin, l'offre en milieu pénitentiaire nécessite tout d'abord une meilleure connaissance de cet environnement, davantage de collaborations avec ses responsables et un soutien accru au développement de l'offre thérapeutique.

L'OFSP poursuit sa participation à deux grands projets : la centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues (COSTE) et le projet de prescription de stupéfiants sous contrôle médical (PROVE). L'institutionnalisation de cette forme de traitement se profile comme l'une des activités importantes de l'OFSP. La question du financement des thérapies résidentielles est aussi jugée de grande importance, et l'OFSP, en collaboration avec COSTE, œuvre à l'élaboration d'une formule acceptable pour toutes les parties (OFAS, cantons et institutions).

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

Consolider l'offre de **thérapies** en tant que système coordonné, assurant mieux les possibilités de **sortir de la dépendance**, en particulier :

- dans le système des assurances sociales et de la péréquation financière Confédération/cantons, arriver à un accord sur un système de financement harmonisé des thérapies orientées vers l'abstinence, accord tenant compte des diverses offres nécessaires, y compris celles visant une intervention thérapeutique précoce ;
- installer un processus d'amélioration de la qualité des thérapies de substitution par la méthadone, visant en particulier une élévation du taux de rétention en thérapie ;
- installer la prescription médicale d'héroïne comme offre thérapeutique intégrée dans le réseau des thérapies de la toxicodépendance ;
- susciter une amélioration de l'offre de thérapies liées à l'usage de drogue dans un tiers au moins des établissements de détention, et dans un tiers des lieux de détention.

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

Il est effectivement souhaitable de diversifier et d'individualiser les thérapies selon les besoins, notamment sociaux, des personnes dépendantes. L'idée de favoriser le développement de la qualité des thérapies et du professionnalisme des thérapeutes ne rencontre pas non plus d'oppositions. Toutefois, il n'est pas encore clair comment et avec qui l'OFSP compte réaliser ces processus de changement : quels sont les rôles respectifs de FOS, de COSTE ou de l'OFAS dans le secteur stationnaire ? Qu'est-ce qui doit être fait, et par qui, dans le secteur de la méthadone ?

Les différentes formes de thérapies et leur financement suscitent de nombreux conflits d'intérêts, ce qui révèle la nécessité d'avoir un acteur central dans le domaine de la thérapie et des traitements. On peut ainsi se demander si une « contribution sectorielle » de l'OFSP est suffisante, et s'il ne serait pas préférable que l'OFSP prenne plus de responsabilités au niveau de l'ensemble du domaine, et qu'il y assure davantage de coordination globale. Une modification (nécessaire) de la LStup dans ce sens pourrait permettre de favoriser la mise en réseau et l'harmonisation des pratiques, pour parvenir à réduire les conflits et les effets de concurrence pouvant s'avérer néfastes pour les personnes dépendantes. En l'absence d'une telle révision, l'OFSP pourrait déjà préciser ses compétences nationales actuelles et ainsi mieux définir son rôle vis-à-vis des autres acteurs du domaine. Finalement, il est légitimement attendu du Département fédéral de l'intérieur qu'il se prononce clairement sur la question du financement des thérapies stationnaires, et que ses administrations parlent d'une même voix à ce propos.

Les mesures concernant les thérapies avec substitution à la méthadone, qui concernent la moitié des toxicomanes de Suisse, semblent une fois encore se limiter à de rares projets ponctuels, ce qui confirme qu'il existe au sein de l'OFSP un certain déséquilibre dans la gestion globale du domaine.

Réduction des risques^d et aide à la survie^e

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

- Il existe une offre croissante de centres à bas seuil d'accès proposant travail et logement, mais cette offre souffre encore de quelques lacunes géographiques. L'OFSP devra participer à la réduction de ces lacunes, notamment par l'intermédiaire du bureau de promotion d'aide à la survie de l'OSEO, ainsi qu'à la diversification de l'offre. Il serait aussi souhaitable que l'offre de ces centres ne s'adresse pas qu'aux toxicomanes, mais que ceux-ci puissent y rencontrer d'autres personnes que celles de leur propre milieu.
- Dans le secteur de la réduction des risques, l'accès au matériel d'injection stérile doit encore être étendu et assuré, puisque les toxicomanes sont prêts à l'utiliser lorsqu'il est facilement disponible. En ce sens, une amélioration de l'accessibilité de ce matériel (nombre de cantons et de villes, nombre et diversité des lieux, heures d'ouverture, etc.) et de la qualité des produits (désinfectants, ascorbine, conseils, etc.) devrait encore constituer la priorité de l'OFSP dans ce secteur. En outre, la mise à disposition de matériel d'injection en prison est faisable et répond à une nécessité, comme l'a montré le projet Hindelbank. En conséquence, il convient de promouvoir et de généraliser cette expérience, afin de réduire les cas de transmission du VIH en milieu carcéral.
- La prévention de la transmission sexuelle du VIH est encore insuffisante, tout comme la promotion de la «santé sexuelle» chez les toxicomanes. Ces actions doivent être encouragées auprès des intervenants de centres à bas seuil, chez les travailleurs de rue et dans le cadre de la prévention par les pairs.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

Dans le domaine de la réduction des risques et de l'aide à la survie, le ProMeDro vise à réduire les dommages sanitaires et sociaux liés à la consommation de drogue, c'est-à-dire qu'il vise à maintenir l'état de santé et l'intégration sociale des personnes dépendantes pendant leur phase de consommation.

Les populations visées par la réduction des risques et l'aide à la survie sont les personnes consommant des drogues illégales, et les personnes dépendantes en particulier. Toutefois, comme l'OFSP agit le plus souvent indirectement sur ces populations, sa contribution cible avant tout les acteurs qui interviennent auprès des consommateurs de drogues.

Conception de l'action dans le domaine réduction des risques et aide à la survie

La conception de l'OFSP dans ce domaine est qu'il faut permettre aux toxicomanes de vivre dans les meilleures conditions possibles, et leur donner aussi accès en permanence à des moyens de quitter la drogue. Pour l'OFSP, il est possible d'y parvenir concrètement en protégeant leur santé (essentiellement face à la transmission du VIH) et en leur offrant l'accès au travail, au logement et à une formation.

Le rôle de l'OFSP est de promouvoir et de soutenir l'offre en matière de réduction des risques et d'aide à la survie, cela afin de contribuer à étendre et à améliorer cette offre. Actuellement, c'est notamment à travers la mise en réseau, la professionnalisation et l'assurance de qualité que l'OFSP compte atteindre cet objectif.

^d Activités visant, notamment lors d'injection de drogues, la réduction des risques de transmission de maladies telles que le sida et les hépatites.

^e Activités visant à améliorer les conditions de vie et d'intégration sociale des consommateurs de drogue.

Planification pour la réduction des risques et l'aide à la survie (annexe 3a)

La contribution de l'OFSP se répartit entre trois secteurs : social, santé et prisons. Le premier, qui concerne essentiellement le travail et le logement, vise prioritairement à améliorer l'accessibilité de l'offre (couverture régionale, prise en compte des publics cibles, promotion de la décentralisation). Pour l'essentiel, cette mission est confiée à l'OSEO. Dans le secteur de la santé, l'amélioration des conditions d'injection (accès au matériel et aux conseils) et la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle constituent les principaux thèmes d'intervention. L'essentiel de l'activité dans ce secteur se fait au travers de l'élaboration ou du soutien de projets, et par le travail du groupe d'experts « sida et drogue » de l'OFSP. Finalement, dans le secteur des prisons, la priorité va à l'amélioration qualitative et quantitative de l'offre sanitaire aux prisonniers toxicomanes. Le travail d'un groupe d'experts « santé en milieu carcéral » est l'un des principaux vecteurs de l'action, notamment pour l'élaboration de recommandations et la promotion de la formation du personnel carcéral.

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

Consolider l'offre de mesures de **réduction des risques** et de **maintien de l'intégration sociale** destinées aux personnes dépendantes ou consommant des drogues, en particulier :

- assurer la pérennisation des mesures nécessaires à la réduction des risques dans le cadre des politiques de drogue des villes et des cantons, promouvoir la continuité des institutions et leur financement en tenant compte des besoins ;
- élargir l'accessibilité au matériel d'injection dans les régions et villes encore sous-dotées, de manière à atteindre une couverture des besoins dans l'ensemble du pays ;

- installer un processus d'amélioration de la qualité des mesures de réduction des risques et de maintien de l'intégration sociale, visant en particulier à améliorer la coopération en réseau avec les interventions des domaines de la prévention de la thérapie et de la protection de l'ordre public ;
- susciter une amélioration de l'offre de réduction des risques liés à l'usage de drogue dans au moins un tiers des établissements de détention, respectivement un tiers du nombre de places de détention.

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

L'OFSP peut se féliciter d'avoir fait du domaine réduction des risques et aide à la survie l'un des piliers de la politique fédérale, et d'avoir ainsi contribué de manière décisive à institutionnaliser ce domaine. En outre, le rôle de l'OFSP en matière de coordination et de mise en réseau est considéré comme crucial dans le secteur de la réduction des risques.

Une tendance au contrôle du lieu de résidence des toxicomanes existe dans les centres à bas seuil de certaines villes, ce qui entraîne une inégalité d'accès à ces services. Il serait donc judicieux de mener une réflexion générale sur l'accessibilité et la nécessaire diversité de cette offre. Cette réflexion devrait aussi porter sur l'articulation entre prévention secondaire, réduction des risques/aide à la survie et thérapies ambulatoires avec prescription de stupéfiants (méthadone, héroïne).

L'activité de l'OFSP en matière de réduction des risques cible principalement la transmission du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues. Il s'agit là effectivement d'une priorité, mais celle-ci ne devrait pas entraver d'autres actions axées sur les hépatites, sur d'autres formes de consommation de drogues ou sur la santé des toxicomanes en général. Une diversification de l'offre, mais également des objectifs, devrait venir enrichir ce domaine dans les prochaines années. Les projets visant à développer l'entraide entre toxicomanes – projets que l'OFSP veut soutenir – participeront aussi à cette diversification.

Empêcher la transmission du VIH en milieu carcéral doit, en effet, être une cible prioritaire. En ce sens, les expériences de distribution de seringues ou de désinfectant, menées dans différentes prisons, devraient être généralisées. A l'exemple du canton de Vaud, un service de santé pénitentiaire doté d'une certaine indépendance peut aussi s'avérer un atout lorsqu'il s'agit de réaliser des activités visant à améliorer la santé des prisonniers toxicomanes.

Finalement, en ce qui concerne l'aide à la survie, on peut relever que l'OFSP intervient dans un univers plus proche de l'aide sociale que de la santé. Cela peut lui permettre d'approfondir une réflexion sur l'intrication des questions sociales et sanitaires en matière de toxicomanie. Une telle réflexion engagera éventuellement l'OFSP à inciter d'autres acteurs fédéraux ou cantonaux à s'investir autour de la dépendance. Un cinquième pilier de la politique fédérale, celui de l'aide sociale, pourrait ainsi voir le jour.

Campagne

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

- Pour les responsables de la campagne nationale de sensibilisation, la période 1990-1996 apparaît dans l'ensemble comme une phase d'apprentissage des problèmes de toxicomanie. Trop ambitieux, les objectifs de départ ont été affinés, et les stratégies précisées. La collaboration avec les partenaires (cantons et autres campagnes régionales) est restée limitée et non dépourvue de désaccords concernant les messages ou les moyens.
- Trois priorités se dégagent dans l'action future de la campagne : spécifier clairement les objectifs, qui doivent rester limités du fait de ressources restreintes ; améliorer la visibilité de la campagne dans sa continuité, en réduisant les thèmes traités et en généralisant l'emploi d'un logo, pour que la population perçoive clairement l'engagement de la Confédération dans le domaine de la toxicomanie ; développer la collaboration – cruciale – avec les partenaires, ce qui devrait produire une multiplication des effets et une harmonisation des messages.

- L'évaluation des campagnes par pré-tests et post-tests doit être poursuivie, pour ajuster au mieux les messages. En outre, il faudrait explorer et approfondir l'utilisation de supports de communication autres que les médias classiques.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

La campagne nationale a pour buts de sensibiliser la population aux problèmes de dépendance (dont la toxicomanie), de diminuer les préjugés, de favoriser un dialogue objectif et de rendre visible l'engagement de la Confédération dans ce domaine. Ses messages sont transmis par le biais des mass media et s'adressent à la population générale, y compris aux personnes qui ne se sentent pas concernées par les problèmes de toxicomanie.

Conception de l'action dans le domaine campagne nationale de sensibilisation

La campagne se veut une campagne de sensibilisation, visant à diminuer les préjugés et à permettre à la population d'acquérir une vision objective des problèmes de toxicomanie : elle ne constitue donc pas une campagne de prévention. Elle doit être limitée à deux thèmes au plus par année, qui sont véhiculés par des messages peu nombreux, simples et informatifs. En outre, il s'agit d'instaurer une problématique globale de la dépendance, intégrant la problématique de l'alcool. Finalement, les thèmes de la campagne sont formulés de façon à permettre la mesure de ses effets.

La collaboration avec les partenaires est une composante fondamentale de la multiplication de l'action et de l'effet de la campagne. Les contacts avec les partenaires internes et externes doivent donc être pris suffisamment tôt dans le processus de production, pour permettre une harmonisation des messages.

Planification pour la campagne nationale de sensibilisation (annexe 3a)

Deux campagnes au maximum seront effectuées chaque année, chacune constituée de différentes productions sur un même thème. Elles permettront notamment de rendre visible l'engagement de la Confédération dans le domaine de la toxicomanie ou de la dépendance.

Le second élément de planification est relatif à la collaboration avec les partenaires dans un but de synergie. Cette collaboration vise à la reprise des productions de la campagne par les partenaires et, ainsi, à une harmonisation des messages transmis à la population. Une collaboration avec les partenaires internes de l'administration fédérale, en particulier avec les autres campagnes de prévention, est également planifiée et vise le même objectif. Finalement, l'intégration de la problématique de l'alcool est conçue comme l'une des facettes d'une thématique plus globale de la problématique des dépendances.

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

Aucune priorité relative à la campagne nationale de sensibilisation n'est spécifiée dans le ProMeDro.

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

Les objectifs et les cibles sont bien définis et ajustés à une campagne médiatique sur le thème « toxicomanie ». Deux points très positifs sont relevés : l'accent mis sur l'évaluation des campagnes et, de l'avis unanime des experts, la volonté claire de travailler avec les partenaires pour obtenir un effet multiplicateur.

L'OFSP a choisi d'axer la campagne sur la problématique générale de la dépendance et d'y intégrer la problématique de l'alcool, puis du tabac. On peut se demander d'abord si, à terme, ce champ ne devrait pas couvrir également la dépendance envers les médicaments. Ensuite, il s'avère que ce nouvel axe n'est évoqué que superficiellement, et seulement sous l'angle des contenus. Ainsi, l'intégration de la problématique tabac n'a pas encore été abordée. Les experts relèvent que cette réorientation stratégique pose en fait une série de questions qui ne sont que peu ou pas du tout traitées : la redéfinition claire des priorités, la répartition des tâches et l'allocation des ressources adéquates ; les bouleversements organisationnels de la campagne elle-même (engendrés par l'élargissement du champ d'action) ; l'identification des nouveaux partenaires potentiels (dont certains agissent depuis longtemps dans les nouveaux champs d'intervention) et l'identification des collaborations possibles ; les axes et la coordination des contenus des campagnes. Certains changements étant déjà planifiés ou même mis en œuvre en vue du nouveau cap, les experts auraient apprécié la définition plus claire du rôle de la campagne dans ce nouveau contexte.

Le changement d'orientation entraîné par l'élargissement de la problématique doit être communiqué à la population, en lui exposant les raisons et les motivations de ce changement.

La campagne s'adresse à des milieux diversifiés du point de vue culturel et linguistique. Il en découle certains problèmes pratiques, comme, en particulier, la manière d'assurer la compréhension la plus uniforme possible des messages, surtout au niveau de la traduction culturelle des productions – et non pas seulement linguistique. De l'avis unanime, ce point doit faire l'objet d'une attention particulière. Il est également important de ne pas négliger les régions périphériques.

Epidémiologie

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

- Dans l'ensemble, les données épidémiologiques sur la consommation de drogues ont considérablement augmenté depuis 1990, en grande partie grâce à l'OFSP, à son soutien de nombreux projets de recherche et à son développement de statistiques nationales. Toutefois il semble judicieux de définir des priorités de recherche dans le domaine épidémiologique, en tenant compte de l'importante quantité d'informations, souvent disparates, qui est actuellement disponible^f.
- Un effort particulier devra être consenti pour améliorer la surveillance épidémiologique (compatibilité des divers instruments, capacité d'analyse), de façon à affiner les estimations du nombre de consommateurs et de la gravité de leur consommation. Cela permettra une évaluation plus fiable de la situation actuelle et de son évolution.
- Si de nombreuses sources de données existent actuellement concernant l'épidémiologie du VIH en Suisse, il semble encore nécessaire de développer l'épidémiologie portant sur les hépatites.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

Par le biais des analyses de données et d'études ad hoc, le domaine de l'épidémiologie, avec ceux de la recherche et de l'évaluation, contribue à atteindre les buts globaux du ProMeDro (p. 8) : il s'agit de fournir les bases scientifiques aux prises de décisions rationnelles en matière de politique et d'intervention.

Le public cible de l'épidémiologie comprend les décideurs des collectivités publiques, dont l'OFSP lui-même, les intervenants en matière de toxicomanie et, dans certains cas, la population générale. Quant aux acteurs collaborant dans le domaine de l'épidémiologie, il s'agit en premier lieu d'institutions de recherche suisses (universités, instituts, hautes écoles) pour la réalisation des études, et également des acteurs de terrain pour la récolte des données.

Conception de l'action dans le domaine épidémiologie

L'OFSP définit son rôle comme celui d'un acteur assurant le leadership dans la surveillance épidémiologique de la toxicomanie en Suisse. Cette ligne est similaire à celle de l'OFSP dans le domaine du VIH/sida, notamment^g.

Planification pour l'épidémiologie (annexe 3a)

La mise sur pied d'un système de surveillance compatible avec le système des « points focaux REITOX » de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)^h, constitue l'élément central de la planification. Ce système devrait permettre de suivre une série d'indicateurs de tendances (*trends*). Son adaptation devrait contribuer à l'harmonisation de divers instruments épidémiologiques, notamment les statistiques nationales (déjà en place), et d'asseoir le leadership de l'OFSP dans la surveillance épidémiologique des problèmes liés à la toxicomanie.

L'OFSP entend aussi combler les lacunes résiduelles et contribuer à améliorer la qualité et la couverture des données au niveau national.

Finalement, l'OFSP compte également intervenir pour assurer la qualité des études épidémiologiques, en recommandant l'utilisation de standards reconnus dans ce domaine.

^f Les conclusions et recommandations des phases précédentes de l'évaluation portaient essentiellement sur l'épidémiologie, en incluant des informations provenant des données des recherches et des évaluations. L'approche choisie dans la phase actuelle de l'évaluation permettra également de présenter de manière plus détaillée ces trois domaines, ainsi que les éventuels éléments de recoupements.

^g Cet aspect s'est clarifié, dans le cadre de l'étude de la conception/planification, lors des réunions avec les divers collaborateurs de l'OFSP impliqués dans ce domaine.

^h Actuellement 15 pays de l'Union européenne participent à ce réseau. De plus amples informations se trouvent sur le site de l'OEDT (EMCCDA en anglais) : <http://www.emccda.org>

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

- Installation et fonctionnement efficace d'un observatoire de **monitoring épidémiologique national** sur le modèle des « points focaux REITOX » de l'OEDT.
- Transmission effective des résultats des **études épidémiologiques**, des recherches scientifiques et des évaluations en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes intervenant dans la pratique et des décideursⁱ.

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

La priorité énoncée par l'OFSP (mettre sur pied un observatoire de **monitoring épidémiologique national** sur le modèle des « points focaux REITOX » de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) est effectivement souhaitée, d'autant que cette priorité s'inscrit dans le rôle classique de l'Office fédéral de la santé publique. Il devra toutefois veiller à ne pas sous-estimer l'investissement en temps et en argent qu'implique le développement de cet outil. La même recommandation vaut également pour le travail d'harmonisation des statistiques nationales, qui est actuellement en cours.

L'effort de clarification en matière de délégation de l'analyse des données et de la surveillance des trends doit se poursuivre, afin d'éviter les duplications.

La clarification conceptuelle des limites des domaines de l'épidémiologie, de la recherche et de l'évaluation, ainsi que l'amélioration souhaitée de la collaboration entre ces trois domaines est reconnue positive.

Toutefois, la forme et le contenu de la transmission effective des résultats provenant de ces trois domaines sont encore à affiner, notamment en regard des divers publics-cible concernés par ces informations. Il serait ainsi souhaitable de savoir comment l'OFSP compte réaliser cette valorisation, quels seront les moyens de communication utilisés, quelle sera la part de l'information qui sera transmise par internet et qui se chargera de la mise à jour de l'information.

Il faut mieux expliciter la façon dont seront pris en compte certains éléments de l'épidémiologie se trouvant dans d'autres sections de l'OFSP (par exemple : épidémiologie des hépatites).

Le travail prévu dans le domaine de la qualité doit également être détaillé et précisé. Il est notamment important de connaître les standards que l'OFSP se propose d'utiliser dans le domaine de l'épidémiologie.

Recherche

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

Le domaine de la recherche n'a pas été abordé individuellement durant l'évaluation du MaPaDro, et n'a donc pas fait l'objet de recommandations particulières.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

Par le développement des connaissances qu'elle produit, la recherche a pour but de fournir les informations nécessaires aux prises de décisions rationnelles, reposant sur des bases scientifiques dans le domaine de la toxicomanie. En pratique, elle a pour objectif de :

- développer des connaissances scientifiques fondées sur des données empiriques ;
- étudier les développements actuels et nouveaux de la toxicomanie ;
- élaborer des théories et des modèles, et les vérifier ;
- prévoir des développements futurs ;
- tester de nouvelles formes d'intervention.

ⁱ Cette priorité concerne trois domaines du ProMeDro (épidémiologie, recherche et évaluation), celle-ci est présentée telle que figurant dans le document de l'OFSP car elle implique une coordination entre ces trois domaines que nous reprendrons notamment dans le chapitre mise en œuvre de l'épidémiologie (pp. 64-66).

Le public cible de la recherche comprend les décideurs des collectivités publiques, les intervenants en matière de toxicomanie et, dans certains cas, la population générale. Quant aux acteurs collaborant dans le domaine de la recherche, il s'agit des institutions de recherche suisses (universités, instituts, hautes écoles) pour la réalisation des études, et également des acteurs de terrain pour la récolte des données.

Conception de l'action dans le domaine recherche

L'OFSP entend occuper deux fonctions dans le domaine de la recherche. D'une part, il compte mandater des recherches selon les besoins identifiés en termes de connaissances. D'autre part, il entend intervenir au niveau de la qualité et de la valorisation des recherches dans le domaine de la toxicomanie, pour que celles-ci soient fiables et utiles.

Planification pour la recherche (annexe 3a)

L'activité que l'OFSP planifie dans le domaine de la recherche se répartit comme suit : il entend mandater des recherches dans six secteurs qu'il a lui-même définis (substances, épidémiologie, étiologie, intervention, recherche évaluative et recherche sociale). En pratique, l'analyse des besoins en matière de connaissances et le dépistage des problèmes urgents à étudier sont effectués par un groupe de coordination au sein de l'OFSP, dont la tâche est aussi d'évaluer les requêtes.

Parmi les principales activités planifiées, on trouve la poursuite et la valorisation des résultats de PROVE, ainsi que la réalisation de deux recherches d'intervention dans le domaine de la prévention secondaire (supra-f) et dans celui des sevrages (MUSE & Swi-De-Co).

Par ailleurs, l'OFSP compte développer la qualité de la recherche en définissant des critères de qualité, notamment pour la structure des requêtes et la forme des publications. Il envisage également de s'appuyer davantage sur des chercheurs ou experts étrangers, par des appels d'offres internationaux ou par leur participation à des groupes de pilotage, et souhaite la mise en place d'un centre d'excellence en Suisse romande, qui soit à la fois proche de l'intervention et capable d'assumer des recherches complexes. L'objectif est ici de disposer de deux centres d'excellence en Suisse, qui soient en mesure de participer à Reitox : l'un plutôt spécialisé dans les traitements et la clinique, l'autre plutôt dans la prévention.

Finalement, l'OFSP prévoit d'intervenir en faveur d'une plus grande valorisation des résultats de la recherche auprès de divers publics-cible. Pour ce faire, il compte d'une part impliquer davantage les chercheurs (obligation contractuelle de valorisation, budgets ad hoc) et d'autre part participer lui-même à la diffusion des connaissances.

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

- Réaliser un programme d'intervention/recherche de prévention secondaire individualisée (supra-f).
- Transmission effective des résultats des études épidémiologiques, des recherches scientifiques et des évaluations en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes intervenant dans la pratique et des décideurs.^j

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

Les experts approuvent les choix stratégiques, en particulier l'accent mis sur la qualité. Ils notent toutefois que l'OFSP, en cherchant à couvrir tous les domaines – de la recherche sur les substances à la recherche étiologique en passant par l'analyse sociétale – ne tient pas compte des moyens limités qui sont les siens. En ce sens, la répartition claire des compétences entre ce qui relève du FNRS et ce qui relève de la recherche financée par l'OFSP paraît souhaitable.

^j Cette priorité concerne trois domaines du ProMeDro (épidémiologie, recherche et évaluation), celle-ci est présentée telle que figurant dans le document de l'OFSP car elle implique une coordination entre ces trois domaines que nous reprendrons notamment dans le chapitre mise en œuvre de la recherche (pp. 66-67).

La pertinence et la faisabilité de la création d'un centre d'excellence romand ne sont pas établies, car plusieurs institutions complémentaires existent déjà. Opter pour un fonctionnement en réseau paraît plus approprié. L'absence d'un groupe d'experts indépendants de l'OFSP, dont le rôle serait d'expertiser les requêtes selon les règles de l'art, est regrettée: une telle formule contribuerait en effet à développer la qualité et l'efficacité des recherches que souhaite justement l'OFSP.

Enfin, les experts estiment nécessaire de clarifier le cadre méthodologique de supra-f. Les critiques faites à ce sujet par un groupe d'experts de l'OMS³, dans le cas du programme de recherche PROVE, devraient inciter l'OFSP à ne pas démarrer cette recherche sans s'être assuré au préalable de sa pertinence scientifique et méthodologique

Evaluation

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

Le domaine de l'évaluation n'a pas été abordé individuellement durant l'évaluation du MaPaDro, et n'a donc pas fait l'objet de recommandations particulières.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

L'évaluation poursuit trois buts:

- Vérifier, à l'aide de méthodes scientifiques, si les stratégies sont efficaces;
- Vérifier la pertinence des innovations qui ne font pas encore l'objet d'un large consensus scientifique;
- Réaliser la transmission effective des résultats (...) des évaluations en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes intervenant dans la pratique et des décideurs.

Quant au public-cible, il comprend d'une part les collaborateurs de l'OFSP et les évaluateurs externes directement impliqués dans les évaluations et, d'autre part, les décideurs et intervenants pouvant faire usage des résultats.

Conception de l'action dans le domaine évaluation

L'OFSP a pour fonction première de mandater des évaluations externes^k, lorsque le but est pertinent, afin de documenter les projets qu'il soutient; il se doit aussi de soutenir les démarches d'auto-évaluation qui peuvent être effectuées directement par les responsables de projet. Entre 1996 et janvier 1999, ces deux types d'évaluations étaient placés sous la responsabilité des sections concernées. Depuis lors, le Service Evaluation assume la responsabilité des évaluations externes, en collaboration avec les sections concernées par la sélection des thèmes et des priorités.

En parallèle, le Service Evaluation a la responsabilité de l'évaluation dite « globale », c'est-à-dire concernant l'ensemble des activités (interventions, projets, programmes spécifiques) entreprises dans le domaine des drogues illégales^l.

L'OFSP se réserve également le droit de mandater des évaluations externes de projets dans lesquels il n'est pas impliqué, si celles-ci sont susceptibles de déceler « des résultats utiles et intéressants »⁴. En parallèle, il entend intervenir en faveur de la qualité et de la valorisation des évaluations, afin que celles-ci atteignent véritablement les buts qui leur ont été assignés.

Planification pour l'évaluation (annexe 3a)

En premier lieu, l'OFSP entend définir ses priorités internes en matière d'évaluation, et ce par une collaboration et une consultation des différents services concernés, y compris ceux de la recherche et de l'épidémiologie.

^k Cette pratique est de plus en plus courante, et permet de pallier à la diminution du nombre d'évaluations réalisées.

^l Le Service Evaluation a également sous sa responsabilité les évaluations globales des activités en matière d'alcool et de tabac.

Depuis janvier 1999, le Service Evaluation a pour tâche de définir les mandats, de préciser les questions à traiter, de vérifier la qualité des offres (pertinence de l'approche proposée), de suivre le déroulement des évaluations, de servir d'intermédiaire entre les collaborateurs de l'OFSP et les évaluateurs externes, et de vérifier la qualité des résultats obtenus. Auparavant, cette responsabilité incombait aux sections mandataires des projets et programmes (excepté pour l'évaluation globale).

En termes de valorisation, l'OFSP compte développer une meilleure diffusion interne des évaluations qu'il mandate, et inciter les collaborateurs à faire usage des résultats d'évaluations intermédiaires afin d'améliorer les interventions en cours. D'autre part, il souhaite que les évaluateurs effectuent également une valorisation des résultats de leurs évaluations auprès des publics-cible, conformément à un plan de valorisation. Des spécifications particulières devraient ainsi être incluses dans leurs contrats.

En ce qui concerne la qualité, l'OFSP prévoit l'application de standards de qualité⁵ dans la planification et la réalisation des évaluations, et ce tant du côté des collaborateurs de l'OFSP que de celui des évaluateurs.

Finalement, le Service Evaluation souhaite sensibiliser la hiérarchie de l'OFSP sur l'intérêt et l'utilité des évaluations. Ce service compte aussi mettre sur pied une formation interne destinée aux collaborateurs, afin d'assurer une meilleure utilisation des résultats des évaluations.

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

Transmission effective des résultats (...) des évaluations en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes intervenant dans la pratique et des décideurs^m.

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

Les experts saluent l'importance accordée par l'OFSP à l'évaluation de ses initiatives. Ils relèvent que la qualité des évaluations est actuellement bonne et ils souhaitent que celle-ci soit maintenue.

Le choix de recourir à l'auto-évaluation plutôt qu'à l'évaluation externe se justifie tant du point de vue de la pertinence (toutes les actions ne nécessitent pas une évaluation externe) que de la gestion des ressources (toutes les évaluations ne peuvent être financées). Ce choix confirme également la préférence donnée par l'OFSP à la qualité des évaluations plutôt qu'à leur quantité.

La diffusion et la valorisation des résultats des évaluations, tant au niveau interne qu'externe (interventions des évaluateurs eux-mêmes à l'extérieur), s'inscrit correctement dans une perspective d'exploitation ultérieure de ces résultats. Les experts soulignent le rôle important que peut jouer l'OFSP en communiquant les résultats à l'échelon politique et auprès du grand public.

Les priorités de l'OFSP concernant les évaluations externes ne sont toutefois pas mentionnées, ce qui serait pourtant utile, tant pour les professionnels de l'évaluation que pour les décideurs et les intervenants en toxicomanie, qui pourraient ainsi connaître le type d'informations dont ils disposeront dans le cadre du ProMeDro.

^m Cette priorité concerne trois domaines du ProMeDro (épidémiologie, recherche et évaluation), celle-ci est présentée telle que figurant dans le document de l'OFSP car elle implique une coordination entre ces trois domaines que nous reprendrons notamment dans le chapitre mise en œuvre de l'évaluation (pp. 68-69).

Formation continue et perfectionnement

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

- L'évaluation relève l'engagement de l'OFSP visant à développer la formation continue et le perfectionnement des intervenants en toxicomanie. En effet, malgré son manque d'expériences en la matière, l'OFSP a rapidement mis sur pied une offre de formation continue, grâce au concours des associations professionnelles d'intervenants en toxicomanie. Toutefois le développement de l'action a été insuffisamment maîtrisé, comme l'indiquent les nombreuses évaluations mandatées, apparemment peu coordonnées.
- Après quelques années d'existence, l'offre de formation connaît des limites (masse critique, certification, ancrage) et les besoins des professionnels se précisent, ce qui incite l'OFSP à repenser le dispositif. L'évaluation constate à la fin de cette période que la forme et le contenu définitif du nouveau dispositif de formation ne sont pas arrêtés.
- En conséquence, l'évaluation recommande à l'OFSP de poursuivre le développement de programmes de formation au niveau national, avec toutefois une meilleure maîtrise des capacités et des compétences existantes, d'étendre le programme PPMT, d'accentuer la formation des bénévoles et de maintenir un soutien aux différentes réunions d'échange d'informations (colloques, séminaires, congrès).

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

Le nouveau programme (ProMeDro) fixe trois objectifs en matière de formation continue :

- augmenter le nombre de spécialistes jouissant d'une bonne formation en matière de dépendances ;
- améliorer continuellement le niveau de qualification professionnelle des intervenants et ;
- favoriser la coopération interprofessionnelle.

Il prévoit que l'offre de formation continue et de perfectionnement s'adapte aux besoins différenciés de trois groupes cible : les intervenants spécialisés en toxicomanieⁿ (groupe principal), les professionnels ponctuellement concernés (enseignants, médecins, personnel soignant, police, etc.) et les bénévoles (parents de toxicomanes, proches, associations, etc.). Quant à l'offre de formation, elle doit être confiée à des institutions existantes, titulaires des formations de base (secondaire ou tertiaire), pour que celles-ci s'approprient progressivement le thème de la toxicomanie et, à terme, que se développe une véritable filière professionnelle.

Conception de l'action dans le domaine formation continue et perfectionnement

Suite à l'énoncé d'un bilan et sur la base de recommandations d'experts⁶, l'OFSP a décidé de changer son mode d'intervention, c'est-à-dire de ne plus financer des structures de formation (enseignants et bâtiments), mais uniquement des programmes de cours (enseignants) qui seront développés dans les structures existantes (écoles professionnelles, universités, HES, etc.).

L'OFSP délègue une grande partie de la conception et de l'intervention à une Commission d'Experts (CE)⁷. Le principe de cette approche est de fournir les « conditions cadre pour construire un système largement soutenu par les milieux intéressés », de façon à laisser l'initiative aux enseignants, tout en assurant le financement. L'OFSP se réserve toutefois le privilège de choisir en dernière instance les partenaires qui assureront la conduite (organismes responsables) et la réalisation de la formation (prestataires de modules).

ⁿ Ils sont répartis selon leur niveau de formation (secondaire ou tertiaire : travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, psychologues, infirmiers en psychiatrie et en soins généraux, psychiatres et médecins, titulaires de CFC, autres) et leur type d'activité (prévention, conseil et traitement ambulatoire, traitement résidentiel, aide à la survie, sevrage, postcure).

Cette délégation d'une grande partie des tâches de conception, d'organisation et de suivi permet à l'OFSP de se concentrer sur les grands objectifs à donner à la formation continue, et de veiller à ce que la CE s'y inscrive. Cela lui permet également d'assurer la coordination interne entre la formation et les autres domaines d'activité du ProMeDro, ainsi qu'avec les activités menées dans le cadre du programme «alcool».

Planification pour la formation (annexe 3a)

La première tâche de la CE (créée en janvier 1996) a été d'établir un concept de formation «modulaire» qui permette de poursuivre les objectifs de l'OFSP en la matière. Cette nouvelle approche, approuvée par l'OFSP, harmonise la formation sur tout le territoire national. Elle repose sur des modules organisés par des institutions reconnues qui en assurent la qualité. Le contenu des modules intraprofessionnels est laissé à l'initiative des organismes responsables (et aussi prestataires de modules), tandis que le contenu des modules interprofessionnels sont déterminés par la CE.

Les programmes de l'ancien concept (ARIA et CONVERS) continuent leurs mandats jusqu'à leur échéance (décembre 1999), en collaboration avec les premiers modules du programme cadre qui se mettent en place en Suisse romande et en Suisse alémanique. A terme, l'OFSP prévoit l'intégration de l'ancien concept de formation dans le programme-cadre de la CE (janvier 2000).

L'objectif est de créer rapidement un système souple, qui s'adapte aux besoins variables des divers publics-cible dont les niveaux de formation sont différenciés. Le système de cours modulaires vise dans un premier temps à augmenter la flexibilité de l'offre – de manière à mieux s'adapter à la demande –, puis à favoriser la coordination des structures de formation afin de développer des synergies. Si ces deux objectifs sont atteints, il sera alors possible de combler les lacunes en matière de formation, identifiées comme sources de problèmes par l'OFSP, et qui concernent certains groupes spécifiques d'intervenants en toxicomanie.

La conséquence de cette opération sera d'augmenter le nombre d'intervenants disposant d'une formation adéquate, ce qui devrait renforcer de manière significative le réseau de soutien médico-social. Ce renforcement devrait être facilité par la réalisation d'un troisième objectif rattaché aux cours modulaires, celui de favoriser à moyen terme la collaboration interprofessionnelle.

L'OFSP cherche à améliorer la qualité des cursus de formation et à établir un lien structurel entre la formation continue des intervenants (spécialisation «dépendances») et leur formation de base (écoles professionnelles, instituts, etc.). De cette manière, si les centres de formation de base (social, soins, psychologique ou médical) prennent en charge la formation continue, il est probable qu'ils intégreront les connaissances en matière de dépendance dans leur formation de base. L'autre objectif visé par ce biais est d'obtenir une reconnaissance institutionnelle de cette formation (certification), ce qui permettra de renforcer le statut professionnel des intervenants. Cette approche devrait contribuer, selon l'OFSP, à renforcer la satisfaction professionnelle et à diminuer le burn-out des intervenants, deux phénomènes jugés problématiques.

Le développement des hautes écoles spécialisées (HES) est un facteur contextuel qui peut directement favoriser la réalisation de deux objectifs de la formation. En effet, parvenir à inscrire la formation dans le cadre des HES permettrait d'améliorer la qualité des cursus de formation et, de fait, d'assurer la certification de cette formation.

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

Aucune priorité ne concerne directement le domaine de la formation continue et du perfectionnement des professionnels. Cependant, le document de référence¹ indique clairement quels sont les objectifs à atteindre en la matière.

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

La nouvelle orientation de la formation, dans son principe, bénéficie d'une appréciation favorable de la part des experts et de l'évaluation.

Un souci a toutefois été mentionné à propos d'un public-cible toujours croissant : les professionnels ponctuellement concernés par les questions de toxicomanie. En effet le nouveau dispositif ne semble pas particulièrement tenir compte de cette croissance. Dans l'attente de voir la composition définitive des prestataires de modules, les experts souhaitent entre autre que les médecins et les pharmaciens disposent aussi de modules attractifs (certification), et, spécialement, que ces modules soient interprofessionnels.

Une autre crainte concerne la mobilisation des institutions appelées à intervenir, car il manque de véritables budgets de démarrage pour la conception d'une nouvelle offre de formation.

Une suggestion serait de développer le site internet « Infoset Direct » de manière à ce que ce support propose à l'avenir une bibliographie complète des ouvrages préconisés par les différents cours de formation continue dans le domaine des dépendances.

Coordination

Depuis le milieu des années 80, la définition des objectifs et des grandes orientations de la « politique drogue » du Conseil fédéral repose sur un dialogue entre les experts de la toxicomanie, les administrations et les autorités politiques fédérales et cantonales. Très tôt l'OFSP s'est donc soucié de coordination, et le processus d'élaboration de sa propre politique « s'est déroulé en interaction avec de nombreux partenaires (autorités cantonales et locales, professionnels et associations intervenant dans le champ de la toxicomanie, chercheurs, etc.) dont les appréciations ont été prises en compte dans la poursuite de la mise en œuvre des mesures »⁸.

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

Le domaine de la coordination n'a pas été abordé individuellement durant l'évaluation du MaPaDro, et n'a donc pas fait l'objet de recommandations particulières.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

La coordination effectuée par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro a pour but de perpétuer le dialogue au niveau national, et de promouvoir le consensus et l'engagement envers le modèle de la « politique des quatre piliers » préconisé par la Confédération. Plus généralement, les actions de coordination entreprises par l'OFSP visent une « recherche de cohérence et d'efficacité sur le plan national »¹.

Le public cible de la coordination nationale comprend les représentants des collectivités publiques impliqués dans la lutte contre la toxicomanie, ainsi que les acteurs et les experts actifs dans ce domaine.

Conception de l'action dans le domaine de la coordination

La Confédération assume désormais une fonction directrice (*leadership*) en ce qui concerne la politique suisse en matière de drogue. Toutefois, elle conçoit la réalisation de cette fonction à travers la prise en compte de la pluralité des points de vue et des situations. Son action repose donc d'une part sur l'écoute des expériences et des points de vue des autorités cantonales et locales, et des institutions spécialisées, et d'autre part sur la coopération volontaire de tous les milieux concernés.

L'OFSP a pour tâche de veiller à cette collaboration nationale. Il le fait au travers d'instruments de coordination et de dialogue explicites (tableau 4f), comme la Commission fédérale pour les problèmes liés à la drogue, le Comité national de liaison pour les problèmes de dépendance, le Groupe de travail interdépartemental pour les problèmes de drogue, la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie, ainsi que de nombreux groupes spécialisés et autres groupes de travail (coopération avec la police, avec le secteur des prisons, etc.).

L'OFSP délègue aussi une partie de ses tâches de coordination à des partenaires externes (coordination de l'offre de thérapies résidentielles, promotion des offres de prévention, promotion des offres d'intégration sociale).

Chacune à leur manière, ces activités de coordination doivent favoriser l'échange d'informations, l'harmonisation des mesures, la compréhension réciproque, l'identification de problèmes spécifiques, la collaboration et la promotion de la politique des quatre piliers.

Planification pour la coordination (annexe 3a)

Toute la planification des interventions se rapporte à un élément central: les «plates-formes» (tableau 4f), c'est-à-dire les réunions de représentants du domaine toxicomanie dont la fonction essentielle est la discussion, la négociation et la coordination avec les partenaires locaux et cantonaux. Les interventions visent à maintenir le dialogue et à assurer le consensus, mais elles cherchent aussi à favoriser l'engagement des autorités cantonales dans les décisions et les stratégies relatives à la politique en matière de toxicomanie.

Pour l'OFSP, il s'agit donc avant tout de définir les actions qui seront destinées aux plates-formes et qui reflètent la position de la Confédération, ce qui nécessite au préalable une collaboration interne avec la police (OFP) et les assurances sociales (OFAS) pour pouvoir développer une vision commune. Collaborer avec la police et les assurances sociales signifie aussi maintenir la co-responsabilité de la politique en matière de drogue de l'administration fédérale. Par ailleurs, chacune des plates-formes de coordination a ses propres objectifs, déterminés en fonction de sa sphère d'influence.

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

Optimiser le fonctionnement coordonné et opérationnel des diverses commissions et plates-formes, principalement de la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie et du Comité national de liaison en matière de drogue.

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

Les experts relèvent l'importance des plates-formes soutenues par l'OFSP, notamment de leurs participants qui assurent, de retour dans leur canton respectif, une fonction de traduction et d'adaptation au contexte local du modèle des quatre piliers. En vertu de cela, les experts soutiennent la poursuite de ces efforts de coordination.

Cependant, la multiplicité des plates-formes et leurs différents statuts et niveaux d'intervention rend la division du travail difficile à cerner. A l'extrême, on pourrait même soupçonner l'OFSP d'agir un peu comme une «éminence grise», qui cherche à manipuler les autres. En outre, les experts suggèrent à l'OFSP de mieux prendre en compte les réticences cantonales, qui peuvent émerger lors de propositions d'orientations politiques novatrices, sans quoi son mode d'action risque d'apparaître autoritaire plutôt que consensuel.

La consultation qui est effectuée grâce à ces plates-formes est appréciée en tant que principe démocratique^o, mais ce dispositif de coordination laisse une impression de «grand désordre», et présente le risque de devoir gérer beaucoup trop d'informations en même temps, ou du moins sans en avoir réellement les moyens structurels.

En conséquence, des priorités sont à établir dans ce domaine, en vue de réduire le nombre d'instances de coordination. Par ailleurs une attention plus soutenue devrait être portée au maintien du contact avec les instances traditionnelles de légitimation (chambres fédérales et parlements cantonaux).

^o Si les experts ont salué la représentativité quasi exhaustive des plates-formes, ils regrettent le manque de représentation du milieu judiciaire, et des juges en particulier.

Prévention des dépendances auprès des populations étrangères

Le Projet Migrants-Santé de l'OFSP a été établi en 1991, dans le cadre de la stratégie de lutte contre le sida, et l'extension de son activité aux problèmes de dépendance a été décidée en juin 1995. En 1996, un Service Migration a été créé au sein de la Division Principale Dépendances et Sida.

Le bilan des projets de prévention des toxicomanies auprès des populations italiennes, espagnoles et portugaises figure dans le rapport d'évaluation 1990-1996. Il indique que, dans l'ensemble, ces activités de prévention financées par l'OFSP se sont bien déroulées, car elles sont mises en œuvre par les communautés elles-mêmes. Une évaluation détaillée des activités du Projet Migrants-Santé en matière de prévention du sida^{9, 10}, souligne également l'importance de l'ancrage des activités dans les réseaux communautaires existants. Cette évaluation soulève également le problème de la surcharge des médiateurs travaillant auprès de ces communautés. Identifiés comme des personnes-ressources, ils se sont progressivement vus sollicités pour des problèmes allant au-delà de la seule prévention du sida, comme par exemple les questions liées à la toxicomanie, auxquels ils n'étaient pas toujours en mesure de répondre.

Conclusions et recommandations de l'évaluation 1990-1996

Le Service Migration n'a été créé qu'en 1996, soit au terme de la période de référence du dernier rapport d'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Il n'y a donc pas eu de conclusions ni de recommandations spécifiques pour ce domaine.

Buts et cibles pour le ProMeDro (1998-2002)

Dans ce domaine l'OFSP poursuit deux buts :

- rendre accessibles aux communautés étrangères concernées les activités de prévention du sida et des dépendances, menées parallèlement par les sections de la Division Principale Dépendances et Sida de l'OFSP ;

- sensibiliser les autorités et institutions impliquées dans le domaine de la santé à la question des migrants.

En conséquence, les deux principaux publics-cible de l'OFSP sont, dans ce domaine, les communautés étrangères et les institutions de santé suisses.

Toutefois, il faut ajouter que le Service Migration, par sa fonction de service transversal, a également pour cible les collaborateurs et les unités de l'OFSP.

Conception de l'action dans le domaine prévention des dépendances auprès des populations étrangères

Le Service Migration fonctionne en fait comme service transversal à plusieurs domaines : la prévention du sida et la prévention des dépendances aux drogues légales et illégales. En conséquence, il « initie, gère et encourage » des projets dans ces différents domaines. Parallèlement, il s'efforce de sensibiliser, de motiver et d'impliquer les partenaires politiques et institutionnels de l'OFSP à inclure la question des migrants dans leurs activités. Le rôle de l'OFSP consiste donc à coordonner les différentes initiatives locales, cantonales ou nationales, et à mettre à disposition ses compétences.

La prévention destinée aux migrants est basée sur une exigence d'égalité d'accès et non sur une notion de risque spécifique. Les mesures auprès des populations étrangères sont donc conçues comme de la prévention envers des sous-groupes de la population générale.

Planification pour la prévention des dépendances auprès des populations étrangères (annexe 3a)

La planification s'effectue selon deux axes : les activités du Projet Migrants-Santé et les activités menées directement par le Service Migration.

Le Projet Migrants-Santé est une extension du Service Migration rattaché, pour des raisons administratives, à l'Institut de médecine tropicale de Bâle.

Dans le cadre du Projet, l'OFSP s'appuie sur des experts externes qui travaillent directement avec les communautés, en recrutant et en formant des médiateurs non-professionnels, en traduisant et en adaptant du matériel pédagogique, et en mettant à disposition des informations sur les structures de prévention et de soins. Le Service Migration, quant à lui, remplit un rôle de coordination et de supervision au niveau national, de sensibilisation des autorités aux problématiques spécifiques des migrants, ainsi que de supervision des experts externes. En somme, le Projet vise avant tout un meilleur accès des communautés aux activités de prévention, tandis que le Service vise à réduire les obstacles institutionnels à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'aide à la survie que rencontrent les populations étrangères.

Les priorités de l'OFSP (1998-2002)

Aucune priorité ne concerne directement le domaine des migrants dans le document de référence¹.

Appréciation externe des experts et de l'évaluation

L'analyse de la situation dans le domaine des populations étrangères est pertinente, compréhensible et clairement exposée. Le concept du Projet Migrants a déjà fait ses preuves dans le domaine du sida, mais il reste à savoir dans quelle mesure cette approche peut être transposée dans le domaine des dépendances. L'élargissement de ses activités aux questions des drogues légales et illégales, voire à d'autres questions de santé, risque aussi de poser des difficultés en raison des ressources limitées dont il dispose. Une extension du cahier des charges des médiateurs risque d'être problématique en raison de la surcharge déjà mentionnée.

Les deux types d'intervention définis par l'OFSP paraissent cohérents et pertinents en regard de la définition qu'il donne de son rôle, mais la stratégie et les mesures envisagées pour atteindre les objectifs sont encore insuffisamment détaillées. Une planification plus fine, comportant des objectifs intermédiaires pour le ProMeDro serait donc souhaitable.

Conception/planification globale

Les objectifs transversaux du programme ProMeDro

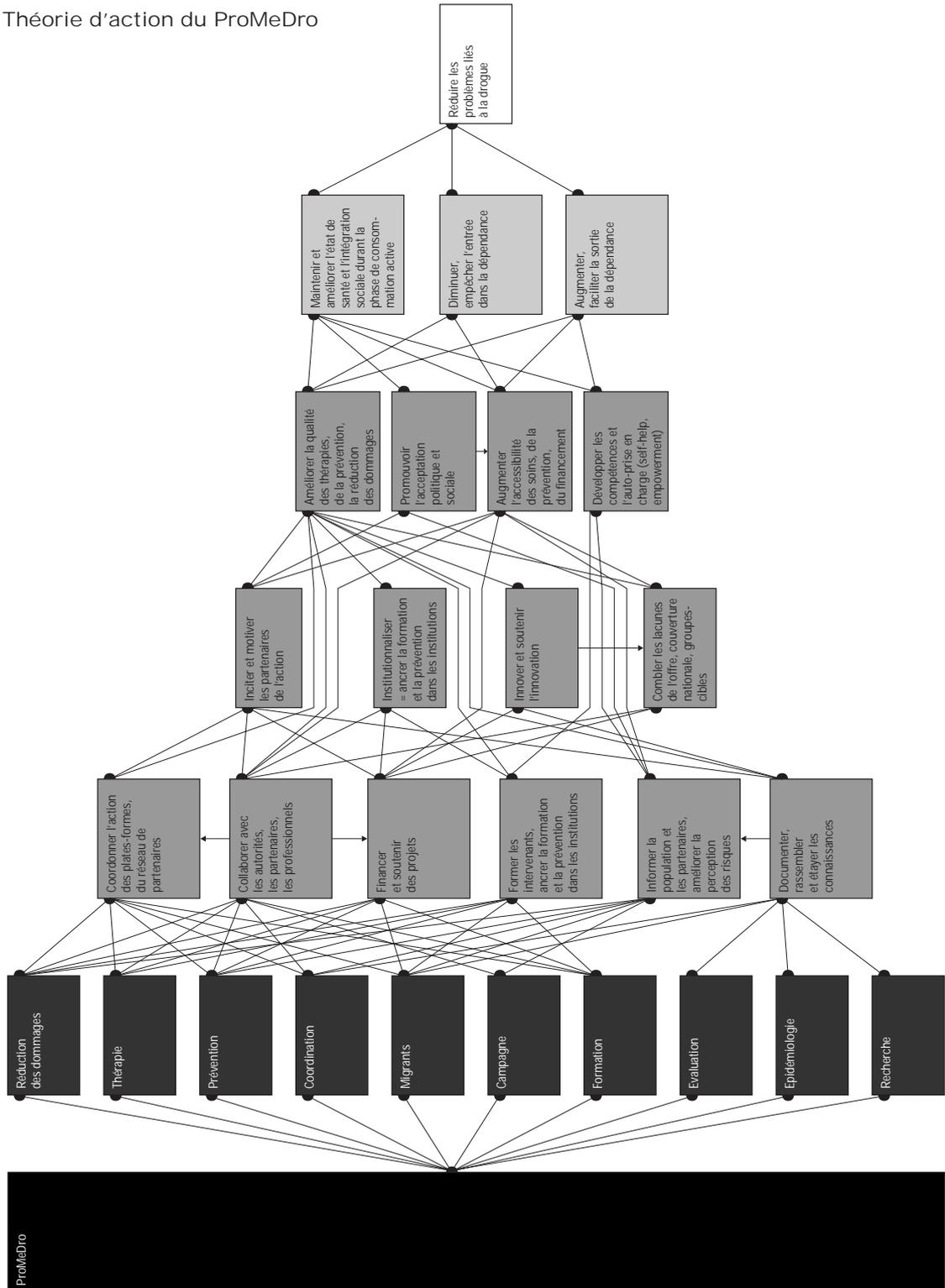
L'évaluation de la conception/planification du ProMeDro a débuté au printemps 1997, alors qu'aucun document officiel déterminant avec précision les stratégies et les objectifs de ce programme n'était encore disponible. Seules quatre «missions» transversales, qui ont évolué au fil du temps, délimitaient le rôle et l'action des domaines d'intervention du ProMeDro. Quant aux priorités de l'OFSP pour la période 1998-2002, elles sont apparues en octobre 1998 et elles concernent essentiellement les domaines et non le programme dans son ensemble.

L'évaluation a donc eu pour tâche de faire apparaître certains des objectifs principaux, afin d'avoir un aperçu initial de la conception globale du programme. Cette mise à jour s'avérait indispensable, puisqu'elle représentait l'objet même de l'évaluation. En outre, elle allait permettre aux évaluateurs, mais également aux collaborateurs du programme, de «lire» l'action dans sa globalité: en considérant donc les aspects transversaux, et particulièrement ce qui rassemble et anime les différents domaines de l'intervention, leurs liens et synergies – existantes ou potentielles.

C'est ainsi que, sur la base d'un recensement des objectifs appartenant aux domaines spécifiques^p, l'évaluation a opéré un regroupement «par familles d'objectifs», afin d'identifier les dimensions communes du programme. Ce regroupement a permis de produire une série d'objectifs transversaux, communs à plusieurs domaines d'intervention et, donc, pertinents dans une perspective d'évaluation globale du programme.

^p Sous la forme de la réalisation d'une théorie d'action par domaine d'intervention (annexe 3a)

Théorie d'action du ProMeDro



Ce modèle représente les principaux objectifs du programme, et constitue une synthèse de tous les objectifs mentionnés lors du recensement par domaine. Les intitulés sont à interpréter de manière assez vaste, puisque chacun englobe toute une série de sous-objectifs appartenant aux domaines.

Les objectifs de cette théorie d'action globale sont répartis en trois catégories : objectifs immédiats, intermédiaires et finaux. Ces catégories se succèdent selon une logique de cause à effet : les objectifs immédiats sont poursuivis sans autre forme d'étape, les objectifs intermédiaires représentant une étape nécessaire à l'atteinte d'objectifs plus ambitieux, etc. Les objectifs principaux répartis dans ces catégories sont les suivants :

- Objectifs immédiats
coordonner l'action des plates-formes, du réseau de partenaires, **collaborer** avec les autorités, les partenaires, les professionnels ; **financer** et soutenir des projets ; **former** les intervenants ; **informer** la population et les partenaires, améliorer la perception des risques ; **documenter** rassembler et étayer les connaissances.
- Objectifs intermédiaires
inciter et motiver les partenaires de l'action ; **institutionnaliser** ancrer la formation et la prévention dans les institutions ; **innover** et soutenir l'innovation ; **combler** les lacunes de l'offre, assurer une couverture nationale, atteindre les groupes cible.
- Objectifs finaux
Améliorer la qualité des thérapies, de la prévention, de la réduction des risques et de l'aide à la survie ; **promouvoir l'acceptation** politique et sociale de l'intervention ; **augmenter l'accessibilité** des soins et de la prévention, assurer le financement ; **développer les compétence** et l'auto-prise en charge (self-help, empowerment).

Ces objectifs principaux indiquent la manière dont l'OFSP prévoit d'atteindre les trois buts du ProMeDro qui sont :

- maintenir et améliorer l'état de santé et l'intégration durant la phase de consommation active ;
- diminuer et empêcher l'entrée dans la dépendance ;
- augmenter et faciliter la sortie de la dépendance.

La finalité de ce programme est de **réduire les problèmes liés à la drogue**.

Une mise en parallèle peut être effectuée entre les modes d'action énoncés par l'OFSP⁹ et la théorie d'action globale. On retrouve en effet dans le modèle les quatre modes d'action énoncés dans le document de présentation du ProMeDro : en regroupant les objectifs **informer** et **documenter**, on obtient le premier mode d'action « Information et documentation » ; les objectifs **financer** et **innover** se regroupent dans le second mode d'action « Promotion de modèles éprouvés et impulsion à l'innovation », etc. En revanche, on remarque que l'harmonisation préconisée dans le troisième mode d'action « Coordination et harmonisation » ne figure pas explicitement dans la théorie d'action globale, même si elle a été mentionnée par les collaborateurs au cours de workshops, et même si elle est éventuellement sous-entendue dans l'objectif **inciter**.

Cette théorie d'action globale a été élaborée en mai 1998, et il ressort une convergence frappante entre l'ordre dans lequel les modes d'action sont présentés, et l'évolution de l'action de la Confédération au fil du temps. En effet, au début de l'intervention de l'OFSP, en 1991, la théorie d'action devait se centrer autour de l'information et de la documentation. Puis, elle a été rapidement complétée par le soutien à l'innovation. Ensuite, le « leadership non-autoritaire et non-centraliste »¹ de la Confédération a été progressivement admis et même requis par les cantons, et l'action s'est orientée dès 1995-1996 vers la coordination et l'incitation.

⁹ Information et documentation ; promotion des modèles éprouvés et impulsion à l'innovation ; coordination et harmonisation ; promotion de la qualité.

Ces trois éléments bien établis et bien «rodés», deux nouvelles priorités se dégagent pour 1998-2002 : d'une part, maintenir et solidifier les éléments acquis et, d'autre part, mettre en place dans la période à venir des interventions touchant à la gestion et à l'amélioration de la qualité. Une démarche dans ce sens a déjà été initiée au sein de l'OFSP, mais celle-ci reste toutefois à coordonner avec celles initiées par d'autres partenaires poursuivant le même objectif.

La théorie d'action globale permet aussi de révéler des objectifs transversaux ne figurant ni dans les modes d'action ni dans les priorités que l'OFSP a énoncées. Les objectifs **former, institutionnaliser, promouvoir l'acceptation, développer les compétences,** peuvent donc, à l'aide de cet outil, être identifiés comme des dimensions transversales de l'action de l'OFSP, qui ne figurent pas encore dans les documents de référence.

Conclusions et recommandations

Les conclusions et recommandations sont présentées en fonction des questions d'évaluation sélectionnées par l'OFSP et l'UEPP pour la conception/planification du ProMeDro.

Sur quoi le ProMeDro se fonde-t-il (quels besoins identifiés, quelle analyse de la situation) ?

- Grâce au bon niveau de connaissance de la problématique de la toxicomanie en Suisse, que les collaborateurs de l'OFSP ont acquis dans le cadre du MaPaDro, l'analyse de la situation et les besoins identifiés sont dans l'ensemble pertinents. Il existe actuellement à l'OFSP un important savoir-faire et un ensemble conséquent de connaissances qui fondent les mesures planifiées dans le cadre du ProMeDro. En outre, l'OFSP a su développer un réseau d'informateurs et de relais qui lui permet de récolter des informations émanant d'autres acteurs concernés, et d'ajuster sa propre stratégie en fonction de celles-ci.
- L'analyse de la situation et des besoins, telle qu'elle est présentée dans le concept du ProMeDro, reste néanmoins parfois trop centrée sur les activités et les domaines d'intérêt de l'OFSP. En outre, un bilan critique des activités passées pourrait aussi permettre d'éviter de reproduire les erreurs faites antérieurement, notamment en ne se concentrant que sur certains secteurs d'un domaine d'intervention. Pour exemple, certaines faiblesses de la coordination au niveau fédéral sont insuffisamment relevées, alors même qu'il s'agit là d'un des rôles clés de l'OFSP.
- L'apparition de priorités dans la plupart des domaines est un aspect positif, mais les liens entre l'analyse de la situation et l'énoncé de ces priorités ne sont pas toujours très explicites.

Recommandations

- L'analyse de la situation et des besoins doit constituer une préoccupation constante de l'OFSP. Elle doit non seulement inclure les interventions des autres acteurs, mais également les aspects de coordination au niveau fédéral et au sein même de l'OFSP.
- Pour optimiser cette analyse, et parce qu'il se trouve relativement éloigné du terrain, l'OFSP doit d'une part veiller à maintenir et à renforcer sa politique de recueil et de diffusion de l'information et d'autre part maintenir la coordination à tous les niveaux. L'OFSP doit aussi s'assurer que les mesures concernées (Spectra, sites internet de l'OFSP et d'INFOSET DIRECT, etc.) et projetées (REITOX, répertoire des recherches, etc.) bénéficient de moyens appropriés pour pouvoir soutenir l'analyse en continu. Dans le cadre de cette politique d'information et de coordination, les objectifs, les rôles et l'articulation des diverses plates-formes devront être mieux définis.

Quelle est la pertinence des buts généraux et par domaine ?

- Comparé au MaPaDro, les buts de l'ensemble du ProMeDro et de chacun des domaines d'intervention sont définis avec plus de précision et de cohérence. Seule exception, le domaine de la thérapie, dont la conception/planification paraissait plus cohérente auparavant.
- De manière générale, les objectifs séquentiels des domaines d'intervention, et notamment des trois piliers dont l'OFSP a la charge, convergent tous vers les buts généraux du ProMeDro.
- L'articulation de certains domaines avec les piliers est parfois insuffisamment conceptualisée, même si elle s'est clarifiée pendant cette phase d'évaluation, notamment à la suite des présentations des résultats intermédiaires, qui ont permis à certains collaborateurs de l'OFSP de mieux se situer par rapport à l'ensemble de l'action du ProMeDro.

Recommandations

- Il existe un risque, évoqué lors d'une des présentations de résultats intermédiaires, que l'OFSP devrait prendre en compte: celui que le ProMeDro soit avant tout une addition des domaines d'intervention, et que les éléments de synergie soient insuffisamment développés. La structure complexe de cet Office nécessite en effet un effort majeur de coordination interne. Celui-ci devrait contribuer à éviter que les collaborateurs ne poursuivent, dans les domaines dont ils s'occupent, des buts qui ne s'inscrivent que partiellement ou indirectement dans les buts généraux du ProMeDro. Un tel effort de coordination est notamment souhaité entre les trois piliers de la politique fédérale dont l'OFSP a la charge.
- Un document portant sur la conceptualisation des interactions des divers domaines du ProMeDro pourrait également être utile aux autres acteurs travaillant dans le domaine de la toxicomanie, notamment à ceux qui se situent au niveau cantonal. Ce document de planification pourrait aussi comprendre une section dans laquelle seraient répertoriées les réalisations et les interventions des acteurs extérieurs attendues par l'OFSP. Une telle approche pourrait aussi permettre de renforcer le *leadership* non autoritaire de l'OFSP.

Quels sont les publics cibles visés par le ProMeDro?

- L'étendue des publics cibles visés par le ProMeDro, aussi bien les divers types de consommateurs de drogues que les acteurs du champ de la toxicomanie, est adéquate et devrait contribuer à renforcer la pertinence d'une approche globale de la toxicomanie.

- Le passage progressif de l'OFSP d'une logique de l'action (MaPaDro) vers une logique de la coordination (ProMeDro), et le glissement progressif de son intervention vers le niveau des acteurs cantonaux ou régionaux s'avère pertinent. Il est toutefois souhaitable que ces éléments soient complétés, comme tel est le cas actuellement, par une action de soutien et d'impulsion à la base réalisée au travers des centrales de coordination et de promotion (COSTE, RADIX, OSEO, etc.).
- Au niveau des lacunes, les jeunes adultes paraissent être insuffisamment pris en compte par les actions de prévention de l'OFSP. De même, les médecins privés, qui prennent en charge un grand nombre de consommateurs de drogues, ne constituent pas une cible prioritaire de l'action de l'OFSP. Ces lacunes sont la conséquence des priorités déterminées par l'OFSP, et ces choix mériteraient d'être plus clairement explicités. En outre, les actions d'autres acteurs concernés par ces publics cibles pourraient être recensées par l'OFSP (par exemple la FMH pour les médecins) et être intégrées dans une analyse transparente des besoins. Finalement, au vu de l'importance prise par la prescription de méthadone, les travaux d'information et de soutien concernant ce secteur devraient être renforcés.

Recommandations

- L'OFSP devrait veiller à mieux expliciter le choix de ses priorités. Il devrait aussi s'atteler à une analyse synthétique de l'action des autres acteurs impliqués, en particulier dans les secteurs où il ne compte pas intervenir en priorité.

- Travailler avec des délégués permet à l'OFSP d'atteindre un large public, qui lui serait difficilement accessible sans intermédiaires: cette approche doit donc être encouragée et approfondie. Ces délégations doivent aussi permettre à l'OFSP de recueillir les informations concernant les actions menées dans la lutte contre la toxicomanie, et de participer activement à la coordination nationale dans les domaines concernés. L'état des lieux annuel des interventions et des efforts de coordination dans chaque secteur doit figurer parmi les activités de routine d'une centrale de promotion ou de coordination nationale: les moyens nécessaires à cette tâche doivent donc être assurés.

Est-il raisonnablement possible d'atteindre ces objectifs par les mesures proposées, et dans quel laps de temps?

- Si aucune des interventions planifiées ne semble hypothéquer les buts finaux du ProMeDro, ce qui atteste de la cohérence de l'ensemble, les mesures concrètes ne sont que rarement définies par une succession d'objectifs et de priorités. Il est donc difficile de dire aujourd'hui si les buts que l'OFSP s'est fixé pourront être atteints d'ici à 2002. Des modifications de l'environnement politique, social ou économique peuvent également intervenir et influencer sur les résultats du ProMeDro.
- La construction de théories d'action a permis de mieux mettre en évidence avec les collaborateurs de l'OFSP la séquence des objectifs immédiats, intermédiaires et finaux, et donc de préciser les interventions nécessaires au succès de l'action. Le suivi des interventions, d'une part, et de l'atteinte des objectifs immédiats et intermédiaires, d'autre part, permettra ensuite de relever les éléments pertinents ayant contribué à atteindre les objectifs finaux.
- De manière générale, atteindre ces buts nécessite la poursuite d'un important engagement politique et financier de la part de la Confédération.

Recommandations

- Il serait très utile, tant pour les collaborateurs de l'OFSP que pour les évaluateurs et certains partenaires externes, de disposer d'un document de planification détaillé (bilan annuel, réajustements, définition des priorités, etc.). Celui-ci pourrait également servir en cas de changement de collaborateurs à l'OFSP: situation dans laquelle la transition, donc le transfert de connaissances et de responsabilités, n'a pas toujours été optimale.
- L'élaboration de scénarios du futur, comme par exemple ceux liés à une éventuelle diminution budgétaire pour le ProMeDro, pourrait aider l'OFSP à dégager les principales priorités de son action en fonction de son rôle d'acteur fédéral.

Existe-t-il une définition de critères de succès? Sont-ils évaluables?

- Il n'existe pas actuellement de critères de succès explicites, et les critères de succès implicites sont souvent construits de façon rétrospective.
- Dans les théories d'action, le développement d'objectifs immédiats et intermédiaires devrait faciliter le passage à des critères plus explicites.
- Il faut toutefois relever que, s'ils sont atteints, les priorités et leurs objectifs propres, ainsi que les buts à long terme (tels qu'ils sont définis dans le ProMeDro), pourront être considérés comme des critères de succès.

Recommandations

- L'évaluation accompagnante doit être poursuivie, afin de mieux dégager, par domaine et pour l'ensemble du ProMeDro, des critères de succès acceptés et reconnus par l'OFSP.

Le ProMeDro peut-il s'intégrer adéquatement dans l'ensemble des mesures prises en Suisse par d'autres partenaires (cantons, organisations, institutions)? Et à quelles conditions?

- Le ProMeDro s'intègre adéquatement dans l'ensemble des mesures prises en Suisse par d'autres partenaires. Cette bonne intégration de l'action de l'OFSP résulte aussi de l'utilisation de nombreux canaux d'information mis en place ou utilisés par cet acteur.
- Il demeure toutefois certains domaines où l'intégration pourrait être améliorée, en raison notamment de cet éloignement du terrain déjà évoqué précédemment. Le passage de la logique d'action à celle de coordination (avec certaines de ses lacunes actuelles) explique en partie la résurgence occasionnelle de cette distance au terrain. De plus, le choix de l'OFSP d'agir sur tous les fronts ne facilite pas l'intégration optimale de tous les domaines.

Recommandations

- Pour maintenir et renforcer l'adéquation de ses interventions, l'OFSP devrait plus souvent recourir à des partenaires directs (pp. 100-101). Si l'OFSP, dans une logique de coordination, entend surtout agir à un niveau plus élevé (cantonal et régional), il devra veiller à ce que l'information de la base lui parvienne de manière adéquate, au travers des diverses délégations et collaborations mises en place (p. 93).
- Lorsqu'il délègue une partie de son rôle de coordination nationale à d'autres acteurs, l'OFSP devrait maintenir un contrôle et un suivi suffisant à assurer l'efficacité de l'intervention planifiée avec le délégataire (p. 93). A l'avenir, il faudrait encore clarifier davantage le rôle que l'OFSP entend jouer dans le domaine de la toxicomanie, afin de permettre aux autres acteurs d'agir en fonction.

Références bibliographiques

- ¹ OFSP. *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; 1998.
- ² Devos T, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. *Prévention secondaire des toxicomanies: analyse d'une stratégie*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1999 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.10).
- ³ OMS. *Report of the external panel on the evaluation of the Swiss Scientific Studies of medically prescribed narcotics to drug addicts*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1999.
- ⁴ OFSP. 7.2.4.3 Evaluation. In: OFSP. *Document interne OFSP rédigé pour la préparation du ProMeDro*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1998.
- ⁵ Laeubli M. *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé*. Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1997.
- ⁶ Gertsch M. *Service de coordination pour la formation continue, editor. Besoins en formation continue des institutions suisses oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie*. Berne: Université de Berne; 1994.
- ⁷ Commission d'experts de l'Office fédéral de la santé publique. *Formation dans le domaine des dépendances: promotion de la formation continue en matière de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illégales, concept*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1998.
- ⁸ Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998 (Version abrégée).
- ⁹ Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 29).
- ¹⁰ Haour-Knipe M., Fleury F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse. Etude 1994-1995*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.7).

Evaluation de la mise en œuvre et de ses produits/productions^a

Les deuxième et troisième parties de l'évaluation globale du ProMeDro portent, d'une part, sur l'articulation entre sa conception/planification et sa réalisation et, d'autre part, sur sa mise en œuvre effective et ses premiers résultats. Pour ce faire, les évaluateurs ont utilisé trois approches complémentaires : d'abord l'analyse des principales activités menées par l'OFSP, puis le développement d'un système d'indicateurs permettant de suivre l'évolution du programme, et enfin le recours à différentes études permettant de mieux saisir certains aspects de sa mise en œuvre et de ses produits/productions (annexe 1a).

Objectifs

L'articulation entre la conception/planification et la mise en œuvre est un élément essentiel de l'évaluation d'une politique publique. En effet, c'est à ce niveau que les hypothèses sont transposées en activités concrètes, et que ces dernières sont réellement confrontées à un environnement social. La mise en œuvre est donc susceptible d'exercer un impact important sur les produits/productions d'un programme. Par ailleurs, la concrétisation des mesures de l'OFSP implique l'apparition de premiers produits/productions qui méritent d'être appréciés en fonction, notamment, des hypothèses issues de la conception/planification.

Méthode

L'évaluation de la mise en œuvre comporte une partie descriptive des actions conduites dans le cadre du ProMeDro. Cette étape permet d'établir dans quelle mesure ce qui a été conçu et planifié est effectivement en voie de réalisation. Puis, en raison de l'étendue du champ couvert par l'évaluation globale, il est important de distinguer les éléments de mise en œuvre qui seront traités par une évaluation externe de ceux qui peuvent faire l'objet d'une évaluation interne (auto-évaluation) basée sur une série d'indicateurs (cf. ci-dessous).

En pratique, l'évaluation de la mise en œuvre et des résultats du ProMeDro s'est faite en trois étapes :

- **Synthèse et analyse de documents portant sur les activités en cours**

Le système de documentation mis en place par l'UEPP a permis d'effectuer une synthèse descriptive des principaux éléments de la mise en œuvre du programme. Ces informations ont été complétées par des entretiens téléphoniques avec les collaborateurs de l'OFSP et leurs principaux partenaires, chargés notamment d'activités déléguées ; le but de ces entretiens étant de décrire au mieux certaines des mesures en cours de réalisation et leurs produits/productions. Les données relatives aux indicateurs (cf. ci-dessous) proviennent parfois de ces mêmes sources de données, et notamment des rapports d'évaluation externe.

- **Révision du système d'indicateurs**

Un ensemble d'indicateurs a été établi, basés sur les concepts de l'OFSP et sur les objectifs (n = 307) développés lors de la réalisation des théories d'action (pp. 15-44, annexe 3). La sélection des indicateurs a été effectuée pour chaque domaine du ProMeDro, et selon les critères suivants :

- dans chaque secteur d'activité du domaine, au moins un indicateur de processus et de résultats qui soit situé à deux endroits clés de l'enchaînement logique (ex. : l'objectif est la multiplication des projets au sein du programme-cadre ; l'indicateur de processus est alors le nombre de projets) ;

^a Nous utilisons ici le terme de produits/productions correspondant à la terminologie anglaise d'outputs.

- une sélection d'indicateurs signalant un passage d'étape (ex : l'objectif énoncé est la création d'un manuel; la réponse est alors sous la forme oui/non);
- quand aucun indicateur n'est disponible, des questions d'évaluation de processus remplacent ceux-ci (ex : l'objectif est d'améliorer la qualité des traitements; la question est alors : quel rôle joue l'OFSP dans le soutien et le développement du processus qualité dans le domaine thérapie).

A la suite de cette phase d'évaluation (1997-1999), l'ensemble des indicateurs et des questions de processus devra être réévalué avec l'OFSP, afin de déterminer lesquels seront maintenus et suivis à long terme, tant pour l'évaluation externe que pour l'évaluation interne (auto-évaluation).

• **Intégration des résultats des études conduites par l'UEPP (partenaires, délégation, police, etc.)**

A l'image de la reconstruction d'un puzzle, l'évaluation globale intègre, dans chaque domaine et pour l'ensemble du ProMeDro, les données récoltées par l'UEPP (annexe 2a). L'enquête « partenaires », par exemple, fournit et complète les informations relatives aux indicateurs de processus et de résultats, ainsi que d'autres relatives à l'environnement du ProMeDro. L'étude des modes de délégations complète également l'information relative aux indicateurs de processus et de résultats. Enfin, l'étude du travail sanitaire de la police porte surtout sur l'articulation entre les trois piliers « santé » de la politique fédérale et le pilier « police ».

Questions d'évaluation

- Comment l'OFSP s'organise-t-il pour mettre en œuvre le ProMeDro ?
- Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats (outputs intermédiaires) ?
- Quel contrôle l'OFSP exerce-t-il sur le développement de son action ?
- Quels sont les problèmes rencontrés et les moyens trouvés pour y remédier ?

Ces questions d'évaluation portent sur le ProMeDro dans son ensemble. Leurs réponses figurent aux pp. 79-80. Quant à l'évaluation de la mise en œuvre et des résultats par domaines, elle a suivi un cadre d'analyse s'articulant autour des quatre questions d'évaluations, à savoir :

- Comment le travail (l'exécution des actions) est-il réparti ?
- Quelles sont les actions réalisées et leurs résultats intermédiaires (outputs) ?
- Quel est le contrôle exercé par l'OFSP sur ces actions ?
- Quels sont les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre et les moyens mis en place pour y remédier ?

Finalement, des conclusions et recommandations relatives à chaque domaine sont présentées. Comme dans la partie conception/planification, les trois piliers du ProMeDro sont considérés comme prioritaires en termes d'évaluation.

Structure des chapitres « mise en œuvre », par domaines d'activité

La mise en œuvre et les résultats des domaines d'activité du ProMeDro (piliers et mesures d'accompagnement) seront décrits un à un selon le cadre d'analyse mentionné plus haut :

Thème	Sources principales
Comment l'OFSP s'organise-t-il concrètement pour réaliser les actions (répartition du travail interne et externe [avec quels partenaires]) ?	Interview conception, concepts des domaines, documents relatifs au domaine
Quelles sont les actions entreprises dans le domaine et quels sont leurs résultats (outputs intermédiaires) ?	Documents du domaine, étude « partenaires », étude « délégation », évaluations externes
Quel contrôle l'OFSP exerce-t-il sur le développement de l'action ?	Etude « délégation », évaluations externes, documents du domaine.
Quels sont les problèmes rencontrés dans le domaine et les moyens trouvés pour y remédier ?	Etude « délégation », étude « partenaires », évaluations externes
Conclusions et recommandations sur la mise en œuvre du domaine	Appréciation de l'UEPP sur la base des diverses sources d'information disponibles

Prévention

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour mettre en œuvre le domaine prévention ?

Plusieurs collaborateurs de l'OFSP sont impliqués dans le domaine de la prévention. D'abord le responsable de la prévention au sein de la section intervention drogues, qui est chargé de superviser plusieurs programmes-cadre (RADIX, Le fil rouge, Drogue ou sport, Voilà), ainsi que les activités de prévention menées dans le cadre de supra-f et de divers autres projets impliquant l'OFSP. Un autre collaborateur est concerné, il s'agit du responsable des interventions en milieu scolaire, placé dans la section alcool et tabac, qui s'occupe essentiellement du programme-cadre Ecoles et santé et du projet REES^b. Ce collaborateur a aussi participé à l'organisation d'une comédie musicale de prévention et de promotion de la santé, intitulée Band in Palace. Quant au responsable de la formation au sein de la section intervention drogue, il se charge de la partie romande du programme Ecoles et santé. Auparavant, il gérait également le projet des médiateurs scolaires. Enfin, d'autres collaborateurs sont également impliqués dans le domaine de la prévention : ils sont rattachés au service migration (Projet Migrants-Santé, Internetz), au service campagne (projet funtasy), à la section Sida et à la section alcool et tabac.

Tous ces collaborateurs participent à un groupe interne de l'OFSP, Jeunesse & santé, qui sert de forum d'information et de coordination entre les différentes activités de prévention auprès des jeunes. Ce groupe a également publié la brochure « Programmes de prévention de l'OFSP pour les jeunes »¹, qui présente la stratégie de l'OFSP, ainsi que ses différents programmes et projets de prévention.

En règle générale, la mise en œuvre des projets et des programmes est déléguée à l'extérieur. Ainsi, la fondation RADIX est chargée de la gestion des activités de prévention auprès des communes et des quartiers, sur la base d'un mandat de promotion et de financement des projets de prévention en toxicomanie.

Cette même institution est aussi chargée de la coordination au sein du REES. La HFS^c de Lucerne assume deux mandats elle aussi : le premier concerne la poursuite et l'ancrage du projet Schulteam (prévention dans les écoles) et le second la mise en œuvre en Suisse alémanique du programme Le fil rouge (prévention dans les foyers). Le volet romand de ce programme revient à l'association Le fil rouge à Yverdon. Le VSD^d est chargé de la mise en œuvre du programme Drogue ou sport en collaboration avec l'Ecole fédérale de sport de Macolin (EFSM), alors que le CSAJ^e met en œuvre le programme Voilà (prévention dans les associations de jeunesse). La coordination du volet prévention du projet de recherche action supra-f est assumée par Pro Juventute, et la mise en œuvre du projet funtasy (prévention par et pour les jeunes) a été déléguée à une société portant le même nom.

Finalement, l'OFSP assume lui-même la majeure partie de la gestion du programme Ecoles et santé. Toutefois, pour sélectionner les projets à soutenir, il bénéficie de la collaboration de la CDIP, par son groupe de travail Education à la santé.

Les responsables d'organisations participent une fois par année à une journée de travail (Erfa-Tagung) organisée par l'OFSP. Au programme des Erfa-Tagung : échange d'informations, présentation de projets, et réflexions autour d'un thème touchant à l'ensemble des activités de prévention (ancrage, qualité, collaborations, etc.).

Les mandats qui lient les délégués à l'OFSP varient selon les projets et les programmes. Leur description exhaustive se trouve dans le rapport final de l'étude déléguée² menée par l'IUMSP.

^b Réseau européen d'écoles en santé (REES) et Réseau suisse (RES-CH).

^c Höhere Fachschule für Sozialarbeit.

^d Verein Sucht- und Drogenfachleute.

^e Conseil suisse des activités de jeunesse.

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

Plusieurs centaines de projets ont bénéficié d'un soutien logistique ou financier de l'OFSP. Dans les faits, chaque programme ou projet soutenu fait appel à différentes ressources et réalise diverses activités. Les voici résumées.

Setting^f école

Ecoles et santé (anciennement Santé Jeunesse)

Ce programme-cadre dispose d'un budget de quatre millions de francs pour la période 1997-2002. Cinquante-quatre propositions ont été soumises suite à un premier appel d'offres de projets de prévention/promotion de la santé en milieu scolaire, et seize ont été retenues par l'OFSP pour un soutien financier. Ces projets, très divers, s'adressent à différents publics cible (enfants, adolescents, enseignants, etc.) et visent différents objectifs (éducation sexuelle, ancrage de la prévention dans les écoles, prévention du suicide, etc.)³. Un second appel d'offres est actuellement en cours ; il conduira à la sélection d'un nouvel ensemble de projets dont le soutien débutera en l'an 2000. Finalement, il faut noter que les écoles bénéficiant d'un soutien de l'OFSP par le programme-cadre doivent adhérer au Réseau européen des écoles en santé.

REES

Le réseau suisse des écoles en santé, c'est-à-dire des écoles qui visent à devenir des lieux de vie en santé – et qui signent une convention allant en ce sens – compte actuellement plus de cent unités⁴. Il devrait néanmoins poursuivre son développement et combler certaines de ses lacunes géographiques. Les prestations fournies par la coordination sont un soutien logistique (information, réunions, documentation) et des possibilités de soutien financier⁹. En 1997, trente projets ont été soutenus pour un montant total de 103 955 francs⁵. Le budget annuel total de ce projet est d'environ 440 000 francs.

Schulteam

Ce projet vise la détection précoce de problèmes dans les écoles. Vingt-deux écoles y participent actuellement et bénéficient d'un soutien financier de l'OFSP. Le budget initial, y compris les coûts de fonctionnement du délégataire, était de 874 000 francs pour les années 1995-1999. Quant à l'objectif, il était de reproduire dans au moins vingt écoles un modèle ayant fait ses preuves à Lucerne. Cette phase étant terminée, un nouveau contrat d'un montant de 250 000 francs a été alloué afin d'ancrer les projets existants dans leurs écoles. L'objectif est non seulement ici d'assurer la pérennité des projets au-delà de la période de subventions, mais encore de documenter pour la première fois une telle phase d'ancrage de projets.

Setting foyers et homes pour adolescents

Le programme-cadre Le fil rouge existe depuis 1994. Le budget total pour la période 1994-2001 est d'environ deux millions de francs, évaluation incluse. En 1996, les offres de formation et de conseil touchaient près de la moitié des institutions suisses pour enfants et adolescents, et bénéficiait d'une bonne notoriété auprès des responsables de ces institutions⁶. En 1998, après la mise en place de nouveaux délégataires dont les stratégies diffèrent selon les régions linguistiques, l'offre du projet touchait environ 70 institutions en Suisse romande⁷, et la direction alémanique a établi des contrats de collaboration de trois ans avec 23 institutions⁸.

Setting associations de jeunesse

Voilà, programme-cadre visant la mise en place de la prévention dans les activités des associations de jeunesse, est soutenu par l'OFSP depuis 1997. Le montant qui lui alloué est de 1 530 000 francs jusqu'en l'an 2000. Fin 1998, quatorze projets cantonaux étaient en place et l'objectif contractuel visé pour l'an 2000 est de vingt projets cantonaux. En l'état actuel, le budget permet de prolonger le contrat jusqu'en 2004 mais sous forme de financement de la structure de coordination uniquement. Quant aux projets cantonaux, ils devraient être financés par d'autres sources.

^f Lieux de vie des jeunes.

⁹ Max. 5 000 francs/année et pas plus de 50 % de l'ensemble des coûts d'un projet.

Setting communes et quartiers

Le programme-cadre de promotion et de financement de projets de prévention des toxicomanies a été confié à la fondation RADIX. Il existe depuis 1993 et sa première phase s'est terminée en automne 1998. Durant cette période, 3,6 millions de francs lui ont été alloués. En 1997, environ 400 000 francs ont été utilisés pour la promotion de 324 projets de prévention⁵. Les productions théâtrales ont toujours été son principal type d'activité. En 1998, RADIX s'est également occupé de l'organisation du salon national de la prévention, qui s'est tenu à Bienne. Un nouveau contrat cadre de deux millions de francs pour la période 1998-2001 a été signé en 1998. Outre la reconduction des activités passées du programme, ce nouveau contrat prévoit que RADIX s'implique dans le choix et la promotion nationale de quelques modèles ou projets de prévention éprouvés.

Setting sport

Le programme-cadre Drogue ou sport visait jusqu'ici un double objectif : promouvoir le sport dans les institutions qui s'occupent des toxicomanes et développer la prévention dans les clubs sportifs. Durant les trois dernières années, le programme a bénéficié d'un apport de l'OFSP de 250 000 francs/an. Différentes offres de formation, conseils et soutiens logistiques et financiers ont été alloués en 1997 et 1998. L'OFSP entend à nouveau réorganiser le programme, en confiant un mandat à Macolin pour des modules de formation et des conseils, et un autre au Comité olympique suisse pour le soutien à des projets de prévention dans les clubs de sport.

supra-f

La partie « prévention » de ce projet dispose d'un budget de 7 325 000 francs pour la période 1998-2003. A l'origine, le concept de supra-f visait la multiplication d'une structure type de prévention secondaire et de prise en charge des jeunes. Cette idée a été abandonnée et 14 projets différents ont été sélectionnés après appel d'offres ; ce nombre pourrait encore augmenter d'une ou deux unités. Chacun des projets choisis a bénéficié d'un crédit de 50 000 francs pour une phase de préparation, et les premiers projets débiteront véritablement leurs activités à la fin de l'été 1999. (pp. 66-67)

Autres projets

L'OFSP soutient encore plusieurs autres projets. L'un d'eux, *fantasy*, cible la prévention par les jeunes eux-mêmes. Il se développe progressivement en Suisse alémanique – moins en Suisse romande – et dispose d'un budget d'environ 400 000 francs par année jusqu'en l'an 2000 au moins. Toutefois, il faudra attendre encore quelque temps avant de connaître ses véritables résultats. L'OFSP entend aussi soutenir la diffusion d'une réédition de la brochure « Mon enfant aussi », et soutient actuellement quelques projets ou réseaux régionaux de prévention.

Quel est le contrôle exercé sur le développement de l'action ?

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, chaque projet et programme constitue un arrangement spécifique entre l'OFSP et un ou plusieurs délégataires. On peut toutefois relever trois modèles actuellement en vigueur : le premier se base sur une collaboration entre l'OFSP et un autre acteur national disposant d'une forte légitimité en regard du *setting* en question (exemple : les programmes Ecoles et santé, le futur programme sur le sport, supra f – partiellement). Ce type d'arrangement se caractérise par un appel d'offres et une sélection de projets sur la base de critères prédéterminés par l'OFSP et par le délégataire « légitimé ». Il se caractérise aussi par une volonté de mettre en réseau les projets subventionnés, et par une planification à relativement long terme. Un autre modèle se construit autour du choix d'un partenaire, par appel d'offres ou sur proposition, pour prendre en charge un programme ou un projet que souhaite réaliser l'OFSP. Dans ce cas, l'OFSP donne ou approuve des lignes directrices qui sont ensuite fixées par contrat, et il surveille l'activité – en général par des rapports annuels ou des rapports d'évaluation. Finalement, certaines institutions peuvent directement faire appel à l'OFSP en vue d'un soutien. En règle générale, il est attendu du projet ou programme qu'il soit innovateur et/ou éprouvé. Le suivi se fait ici aussi au travers des différents rapports et/ou groupes de pilotage. Chacun de ces modèles implique une participation et un contrôle différencié de l'OFSP².

La majorité des programmes ou projets de prévention dans lesquels l'OFSP est impliqué sont soumis à une supervision ou à une évaluation externe. C'est le cas du programme Ecoles et santé (évaluation du programme), du projet Schulteam (évaluation de la première phase), Le fil rouge (évaluation), REES (évaluation), Voilà (accompagnement), funtasy et certains autres projets financés par le programme Ecoles et santé (démarche de qualité). En outre, RADIX a financé une évaluation du programme de promotion et de financement des projets de prévention en toxicomanie, et a conduit une évaluation du salon national de la prévention. Le projet supra-f pourra en partie être évalué à l'aide des données produites par le volet de recherche qui y est intégré, alors que le programme Drogues ou sport n'est plus évalué depuis quelques années.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

Deux problèmes sont identifiés dans la mise en œuvre globale de la politique de prévention : le choix du délégataire et la réalisation d'une politique basée sur le concept de programmes-cadre. Ces deux éléments sont d'ailleurs liés : s'il ne se présente aucun délégataire capable de mener une politique nationale, la réalisation pratique d'un programme-cadre peut s'avérer compromise.

En ce qui concerne le choix du délégataire, on peut remarquer que plusieurs programmes (Santé Jeunesse – Ecoles et santé –, Le fil rouge, Drogue ou sport) ont déjà connu un ou plusieurs changements de pilote, notamment parce que certains délégataires n'étaient pas en mesure de réaliser les objectifs fixés par l'OFSP. La question du choix du délégataire est donc cruciale, et il importe tout particulièrement que le pilotage d'un programme soit confié à un acteur réellement capable de le réaliser en pratique. Les arrangements intermédiaires, amenant à choisir un délégataire inadéquat faute de mieux, ne semblent pas donner entière satisfaction. En fait, il est probable que l'un des pré-requis pour l'établissement d'un programme-cadre est l'intervention d'un délégataire capable d'apporter aussi bien une légitimité à l'intervention de l'OFSP qu'une infrastructure de soutien nationale.

La concrétisation d'une stratégie basée sur le développement de programmes-cadre présente aussi des difficultés liées à l'harmonisation des pratiques, qui, jusqu'ici, reposent essentiellement sur l'existence d'un concept. Or, tant que ce dernier ne sera pas traduit avec précision en critères de sélection, manières de faire, modes d'implantation, pratiques d'administration, etc., il sera difficile d'intégrer l'ensemble des actions de l'OFSP en une véritable politique cohérente centrée sur des concepts de *setting* et de programme-cadre.

Conclusions

L'intervention de l'OFSP dans le domaine de la prévention se réalise essentiellement au travers de programmes-cadre et de projets. Au total, l'OFSP offre un soutien logistique ou financier à plusieurs centaines d'interventions dans ce domaine. Sa participation contribue notamment à l'acceptation sociale et politique de ce domaine d'activité en Suisse⁹.

La généralisation des procédures d'accompagnement ou d'évaluation paraît aussi particulièrement importante dans ce domaine où les avis divergent souvent et les connaissances s'avèrent somme toute lacunaires. Accumuler des données sur la prévention et ses effets paraît donc primordial. L'existence d'une recherche d'intervention (supra-f) doit donc être saluée, même si l'évaluation estime que sa conception souffre de nombreuses faiblesses qui risquent de grandement compromettre la qualité et l'utilisation de ses résultats.

On constate, à la fin de la période d'évaluation, que la stratégie de l'OFSP en matière de prévention entre dans une dynamique d'harmonisation, notamment au travers des concepts de *Setting* (lieux de vie), de programmes-cadre, et de *Früherfassung* (détection précoce des problèmes). Néanmoins, cette stratégie doit encore être précisée pour devenir véritablement efficace. D'ailleurs, il est pour le moins difficile d'évaluer les effets conjoints de programmes et de projets dont les fins et les moyens sont si divers. Reconnaissons toutefois que l'effort de conceptualisation qui est actuellement mené à l'OFSP tend aussi à rendre son action plus transparente et plus intelligible.

Recommandations

La première recommandation concerne le développement de la stratégie actuelle de l'OFSP. En effet, la mise en place du groupe de coordination Jeunesse & santé au sein de cet office devrait permettre de définir une politique de prévention plus cohérente et plus limpide. L'approche développée actuellement par l'OFSP devrait être poursuivie, ce qui passe notamment par la définition des modalités de réalisation des programmes-cadre. Il est nécessaire de fixer le type de délégataire ou de partenaire, l'organisation du soutien et des subventions, leur accès, la durée des programmes, la coordination inter- et intra-programmes, la valorisation des résultats du programme, etc. Entre autres bénéfiques, la politique de soutien de l'OFSP ressortirait plus clairement. Cette démarche de standardisation doit d'abord faire l'objet d'un consensus au sein de l'OFSP, avant de s'ouvrir aux experts et aux praticiens, qui doivent obligatoirement y être associés.

La question du choix des délégataires est centrale, sachant que souvent l'OFSP ne peut intervenir directement dans les *Settings* qui relèvent des politiques cantonales. Il importe donc de trouver des acteurs qui soient en mesure de franchir ces obstacles et qui acceptent de réaliser des politiques de santé publique dans le cadre de leurs activités. A long terme, recourir au repérage et au lobbying des partenaires présentant les qualités nécessaires au pilotage d'un programme-cadre pourraient s'avérer plus efficace que le choix prématuré d'un acteur souhaitant intervenir mais ne disposant pas des atouts nécessaires.

L'OFSP devrait poursuivre son aide à l'innovation en matière de prévention, puisqu'elle permet de soutenir des projets qui ne s'inscrivent pas directement dans la stratégie des programmes-cadre. L'existence de tels soutiens ponctuels paraît essentielle au maintien de la diversité et d'une certaine flexibilité face aux acteurs du terrain.

Finalement, l'évaluation et la recherche doivent se poursuivre dans le domaine de la prévention, afin d'élaborer progressivement des *Guidelines* relatives à ce domaine en Suisse.

Thérapie

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine thérapie?

Plusieurs collaborateurs de diverses sections de l'OFSP sont responsables du domaine thérapie. Une part importante de l'activité est déléguée à l'extérieur.

L'OFSP oriente son action dans ce domaine selon 3 secteurs: résidentiel, ambulatoire (comprenant les traitements de substitution à la méthadone et la prescription d'héroïne sous contrôle médical), et prisons. Les actions développées dans ces secteurs visent à assurer le financement de l'offre en traitement et à en améliorer l'accessibilité, l'intégration et la qualité. L'engagement de l'OFSP diffère en nature et en poids selon les secteurs:

- dans le **secteur résidentiel**, forte activité de coordination, d'information et de financement par le biais de la centrale de coordination de l'offre de thérapies résidentielles **COSTE**^h, ainsi qu'au moyen du site internet d'**INFOSET DIRECT**ⁱ;
- dans le secteur ambulatoire, l'intervention la plus importante est la poursuite du soutien aux programmes de prescription d'héroïne sous contrôle médical, pour en assurer l'ancrage, ainsi que la poursuite de l'activité de recherche (pp. 66-67); dans le cadre des traitements de substitution à la méthadone, l'activité principale est la formation (pp. 69-73) et les échanges d'information (pp. 64-65);
- dans le secteur prisons, activité d'incitation en collaboration avec l'Office fédéral de la justice, et élaboration de recommandations et de matériel d'information^j.

^h COSTE et INFOSET DIRECT ont été étudiés dans le cadre de l'étude sur les modes de délégation de l'OFSP (pp. 87-94).

ⁱ INFOSET DIRECT met également à disposition des acteurs travaillant dans le domaine des dépendances de nombreuses informations traitant de la réduction des dommages, de la prévention, de la formation, etc.

^j Ce secteur est abordé principalement dans le chapitre mise en œuvre réduction des risques et aide à la survie (pp. 56-61).

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

Secteur résidentiel

La centrale de coordination COSTE a été créée en octobre 1995 à l'initiative de l'OFSP, en collaboration avec la Conférence des Directeurs cantonaux des Affaires Sociales (CDAS). Durant la période de 1996 à 1998, COSTE a soutenu financièrement 10 institutions pour un montant total d'environ 1 970 000 francs, soit sous forme d'aide au démarrage, soit sous forme d'appui au développement de nouveaux concepts thérapeutiques^k.

COSTE a également participé activement à la création de deux organisations faitières, l'une en Suisse allemande, la Schweizerischer Dachverband Stationäre Suchthilfe (SDSS) et l'autre en Suisse romande, la Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions (CRIAD). Ces organisations faitières regroupent également des acteurs du secteur ambulatoire et du domaine alcool.

COSTE est très connu, utilisé et apprécié par les divers partenaires actifs dans le champ des drogues illégales (pp. 87-102).

Dans le cadre de ses activités d'information, COSTE a notamment produit en 1998 un répertoire/classeur des institutions du domaine résidentiel qui vient compléter les informations accessibles par le biais d'INFOSET DIRECT¹⁰.

La Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie FOS a constitué un groupe d'experts pour le projet pilote QuaFOS auquel COSTE participe. Un modèle de récolte de données, relatif à l'assurance et à l'amélioration de la qualité, avait fait l'objet d'une étude préliminaire entre 1995 à 1997¹¹. Les résultats de cette étude sont à la base du projet QuaFOS, qui utilise notamment un instrument modulaire pour décrire les traitements résidentiels (MIDES)¹². La formulation de standards de qualité devrait s'achever au début 2000.

Situation générale en Suisse

Il est difficile de suivre de manière précise l'évolution du nombre d'établissements résidentiels, car les inventaires successifs ne regroupent pas toujours les mêmes catégories. Selon le dernier inventaire réalisé par COSTE, il existe actuellement 126 institutions offrant environ 1950 places. En comparant ces données avec celles du rapport REHA 2000 de 1993, on constate une augmentation de 140 places de réadaptation et de sevrage résidentiel en l'espace de 5 ans (1250 en 1993, 1390 en 1998).

En ce qui concerne la mise en place de critères de qualité, seul l'OFAS, au nom de l'Assurance invalidité (AI), peut développer et imposer des critères de qualité ; la Lstup limite le rôle de l'OFSP à la coordination seule. C'est dans ce cadre légal que l'OFSP s'est donc appuyé sur COSTE et sur FOS pour développer des standards de qualité.

Secteur ambulatoire

L'OFSP a mis sur pied un groupe de travail nommé MedRoTox (Médecins Romands Toxicomanie). Il s'agit d'un projet de formation (pp. 69-73), dont le but est également de faciliter l'accès à l'information, d'animer le réseau thérapeutique et d'améliorer les conditions de l'exercice professionnel.

De plus, l'OFSP continue aussi à développer dans ce domaine la statistique nationale des traitements ambulatoire de substitution (pp. 64-66).

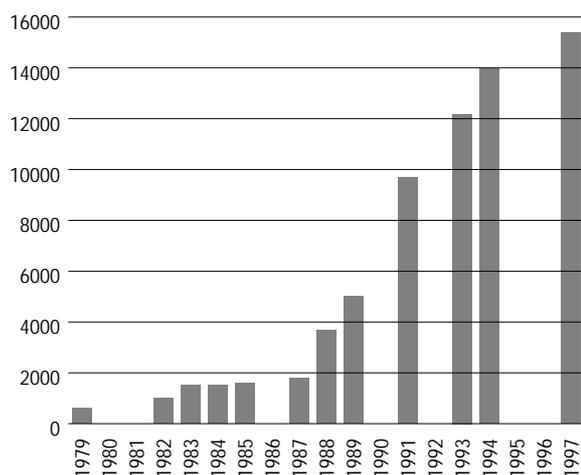
Situation générale en Suisse

Le nombre de traitement à la méthadone a continué à progresser entre 1994 et 1997, passant de 13 985 à 15 382 (figure 4a). L'ouverture récente de nouvelles structures de traitement ambulatoire, comme par exemple dans le Canton de Vaud, montre que la tendance de ce type de prise en charge se développe davantage au sein de ces structures que par le biais des médecins privés¹³.

^k Parmi les 35 institutions ayant contacté COSTE pour ce type de demande.

Figure 4a

Evolution du nombre de traitements à la méthadone en Suisse (1979-1997).



Source: OFSP

PROVE

Depuis 1994, 1522 personnes ont commencé un traitement de prescription médicale de stupéfiants sous contrôle médical (données de mars 1999). Parmi les 443 personnes qui sont sorties du traitement et dont les données ont été analysées, 30% sont passées à un traitement axé sur l'abstinence et 37% à un traitement de méthadone¹⁴.

Le nombre de personnes participant à PROVE est passé de 250 en 1994 à 1056 en 1998.

Selon le rapport final d'évaluation de PROVE, paru en juin 1997, les principaux résultats de ce programme sont les suivants :

- la prescription médicale d'héroïne au groupe-cible spécifié pour l'étude s'avère judicieuse et réalisable de manière suffisamment sûre;
- les essais atteignent un groupe fortement marginalisé de personnes dépendantes de l'héroïne depuis plusieurs années, ayant jusque-là suivi d'autres traitements sans succès ou sans amélioration de leur situation;

- le taux de rétention très élevé a permis d'obtenir des améliorations sensibles de la santé des patients et de leur mode de vie, qui persistent souvent après l'interruption du traitement. Le recul de la délinquance est également important;
- ces améliorations bénéficient également à l'ensemble de la population (lutte contre les maladies infectieuses et contre la criminalité du milieu de la drogue);
- en regard du très mauvais état de santé des patients à l'entrée, le taux annuel de mortalité de 1% peut être considéré comme relativement bas;
- sur le plan socio-économique, le bénéfice de la prescription d'héroïne sous contrôle médical est notable, surtout grâce à la réduction des dépenses consécutives aux poursuites pénales, à l'exécution des peines et aux traitements des maladies;
- ces améliorations ne sont obtenues que lorsque la prescription d'héroïne est intégrée dans un vaste programme de soutien psycho-social et médical des consommateurs de drogues suivis;
- il en va de même des conditions-cadres valables pendant le projet. La sécurité des participants et des autres personnes concernées a été garantie grâce à des mesures de contrôle adéquates.

Des critères de qualité sont actuellement développés dans le cadre de PROVE également, par l'élaboration de standards de prise en charge infirmière, sociale, médicale et psychiatrique des patients.

C'est aussi dans les cantons qui participent au programme PROVE (Zurich, St-Gall, Zoug, Lucerne, Berne, Bâle, Soleure, Fribourg, Genève) que le travail de collaboration avec la police, souhaité par l'OFSP, s'est le mieux développé.

Situation générale en Suisse

L'arrêté fédéral urgent (AFU) portant sur la prescription médicale d'héroïne a été approuvé le 9 octobre 1998 par les deux chambres du parlement national. Un comité placé sous l'égide de l'Union démocratique fédérale (UDF) a lancé une demande de référendum qui a abouti, et sur lequel les citoyens se sont prononcés le 13 juin 1999. L'AFU a été accepté par 54,3% des voix. Comme avant les deux votations précédentes (Jeunesse sans drogue et Droleg), l'OFSP a développé une vaste stratégie d'information avant ce référendum, ainsi qu'un argumentaire largement diffusé auprès des divers acteurs impliqués dans le domaine de la toxicomanie¹⁴.

Quel est le contrôle exercé sur le développement de l'action ?

Secteur résidentiel

Le contrôle par l'OFSP s'effectue par le biais de contacts réguliers. Ceux-ci se sont toutefois raréfiés depuis le départ du collaborateur responsable de ce domaine, dont le remplacement n'a eu lieu que tardivement¹⁵.

Une commission de contrôle (CC) se réunit quatre fois par an pour examiner notamment les demandes d'aide financière au démarrage. La décision finale d'attribuer l'aide revient toutefois à la direction de l'OFSP. Sur la base des recommandations de l'évaluation externe, la CC a mené en 1998 une réflexion visant à redéfinir sa structure, ainsi que les rôles et les tâches que ses membres devront assumer. La centrale de coordination COSTE est évaluée depuis juin 1997, et pour 2 années, par le département de psychologie sociale de l'Université de Zurich¹⁶.

Secteur ambulatoire

L'OFSP est peu actif dans le secteur du traitement à la méthadone, hormis son implication dans la formation, l'information et l'épidémiologie (statistique nationale des traitements de substitution) : c'est pourquoi les aspects de contrôle ne sont pas abordés dans ce chapitre.

PROVE

L'ensemble du projet PROVE a été évalué d'une part par un groupe d'évaluateurs externes¹⁷, et d'autre part par des experts de l'OMS¹⁸.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

Secteur résidentiel

Le problème principal du secteur résidentiel se trouve dans le financement des institutions. En effet, l'OFAS a fixé dès 1996 de nouvelles conditions à son financement : il exige des institutions qu'il subventionne que leurs clients présentent un certificat médical attestant d'une atteinte à la santé relevant de l'AI. En réaction à cette mesure, l'OFSP a chargé COSTE d'organiser et de mettre en œuvre deux auditions d'experts et de rédiger un rapport sur la relation entre dépendance et invalidité¹⁹. Une expertise juridique a également été mandatée par l'OFSP²⁰.

En raison de la situation très précaire dans ce domaine, une demande allant dans le sens d'un moratoire a été adressée à la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss et à la Conférence des Directeurs cantonaux des Affaires Sociales (CDAS). De plus, un groupe de coordination Financement des thérapies de la dépendance (FiSu) a été mis sur pied. Il est chargé de développer un système de financement à long terme qui soit accepté par les cantons et rapidement applicable.

En raison de l'évolution constatée dans le secteur résidentiel, qui semble compter à ce jour un nombre suffisant de structures, COSTE et sa Commission de contrôle ont décidé que les aides au démarrage pouvaient aussi être attribuées à des institutions existantes qui envisagent de procéder à des changements substantiels, tels que des adaptations de concepts, des innovations qualitatives, une extension ou une spécialisation des prestations²¹.

Bien que les institutions réservées aux femmes répondent à un besoin²², quatre d'entre-elles ont dû fermer entre 1997 et début 1999 (dont trois avaient bénéficié d'un soutien financier dans le cadre du MaPaDro). Il ne reste donc actuellement en Suisse que quatre institutions résidentielles s'adressant spécifiquement aux femmes. Suite à une étude

financée par l'OFSP²³, COSTE a estimé préférable d'opter, à l'avenir, pour des dispositifs spécifiques aux hommes et aux femmes (à ces dernières en particulier) au sein d'institutions mixtes. Et il faudra également renforcer la formation autour des prises en charge spécifique au genre.

Secteur ambulatoire

L'OFSP n'a développé que peu d'activités dans ce secteur, hormis les aspects de formation, recherche, épidémiologie et évaluation: c'est pourquoi les problèmes liés à la mise en œuvre sont abordés dans ces chapitres respectifs.

PROVE

Les critiques énoncées par le groupe d'expert de l'OMS, dont certaines avaient déjà été formulées par les opposants de ce programme au niveau national (notamment Jeunesse sans drogue), n'ont été que peu reprises par les médias suisses. Par contre les autres pays, relativement sceptiques par rapport à ce programme, s'appuient fortement sur ces critiques pour empêcher le développement de ce type de traitement.

Conclusions

Secteur résidentiel

Les priorités retenues par l'OFSP dans le domaine résidentiel sont pertinentes, et la mise en œuvre par le biais de COSTE est adéquate.

Le développement de la qualité par l'intermédiaire de FOS est en bonne voie, grâce notamment aux compétences accumulées par FOS, ainsi qu'à l'étendue de son réseau au niveau national. Le choix de l'OFSP est optimal en ce qui concerne les deux acteurs clés, COSTE et FOS.

Toutefois l'OFSP n'a pas suffisamment anticipé les problèmes de financement des institutions résidentielles, ni le changement majeur de la politique de l'OFAS en la matière. Son rôle limité, fixé par la LStup, ne lui a pas permis d'agir de manière plus directive. Il a donc dû s'appuyer sur son partenaire extérieur, COSTE, pour essayer de corriger le tir.

Les organisations faitières (SDSS et CRIAD) et le groupe de travail FISu devront jouer un rôle essentiel lors des négociations avec l'OFAS sur le financement des institutions résidentielles. Leur création est donc bienvenue.

La nouvelle approche relative à la problématique des femmes dans le secteur résidentiel a favorisé et soutenu le développement d'un concept intégré, et rejoint ainsi la tendance également constatée dans le domaine de la réduction des risques et de l'aide à la survie.

L'absence prolongée, puis le départ, de la responsable du secteur résidentiel à l'OFSP fait suite à une période durant laquelle ce domaine de l'OFSP était particulièrement bien planifié et mis en œuvre. Les conséquences en sont heureusement relativement modestes, l'OFSP ayant pu s'appuyer solidement sur ses partenaires extérieurs, très sollicités pendant cette phase de transition.

Secteur ambulatoire

L'OFSP ne consacre qu'une faible partie de ses ressources et de ses actions au secteur ambulatoire de prescription de méthadone. Comme nous l'avons déjà mentionné dans notre précédent rapport d'évaluation, ce fait est regrettable en raison du nombre important de consommateurs de drogues qui bénéficient de cette forme de traitement (près d'un consommateur sur deux). Cela est d'autant plus regrettable que l'une des priorités du ProMeDro porte sur l'amélioration de la qualité des thérapies de substitution (annexe 1b). On voit mal comment cet objectif pourra être atteint sans une extension des activités de l'OFSP dans ce secteur.

PROVE

Les résultats encourageants obtenus dans le cadre de PROVE ont largement contribué à faire admettre cette forme de traitement dans la palette thérapeutique. Dans ce domaine, le soutien à l'innovation de l'OFSP a donc été particulièrement réussi. L'acceptation par le peuple de l'AFU vient encore renforcer ce succès. (annexe 1c).

Les critiques formulées par les experts de l'OMS doivent être prises en compte par l'OFSP, notamment s'il entend développer d'autres projets de même envergure.

Recommandations

Secteur résidentiel

En raison du rôle clé que joue actuellement COSTE dans le secteur résidentiel, l'OFSP devra veiller à lui maintenir, voire à lui renforcer son soutien, notamment en lui allouant directement une partie du budget destiné à l'aide au démarrage d'institutions.

La révision de la LStup, en cours de préparation, semble donc prioritaire pour l'OFSP, afin que celui-ci puisse renforcer son rôle d'acteur clé dans le domaine de la santé publique

Secteur ambulatoire

Si l'OFSP entend jouer un rôle prépondérant dans le développement de la qualité, comme il l'énonce dans les priorités du ProMeDro, il devra renforcer, dans le secteur ambulatoire, son action sur la prescription de méthadone. Car en effet, de nombreux consommateurs de drogues bénéficient de cette forme de traitement.

PROVE

L'OFSP gagnerait à développer une réflexion sur le transfert de compétences acquises dans le cadre de PROVE vers d'autres secteurs de la thérapie, notamment le secteur ambulatoire.

Réduction des risques et aide à la survie

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine réduction des risques et aide à la survie ?

Dans ce domaine, l'OFSP oriente son action sur trois secteurs : social, santé et prisons. La nature et le poids de son engagement diffèrent selon le secteur¹:

- **social**

l'activité d'incitation et de coordination est déléguée à la centrale de promotion de l'OSEO Travail et logement pour les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales;

- **santé^m**

il s'agit essentiellement d'échanges d'informations, du fait de l'existence de « Drogues et sida », groupe de travail créé par l'OFSP, et de la Conférence des délégués cantonaux en matière de toxicomanie (CDCT). Dans ce secteur, c'est l'action des cantons qui est maintenant prépondérante, l'OFSP ayant joué un rôle majeur d'incitation au début de l'épidémie de sida;

- **prisons**

activité d'incitation, par le financement d'évaluations de projets-pilotes relatifs à la réduction des risques dans les prisons, et par l'échange d'informations. Là aussi, l'OFSP a créé un groupe de travail, Promotion de la santé en milieu carcéral, qui réunit les divers acteurs du domaine.

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

Travail et logement²⁴

Le bureau de promotion de l'OSEO poursuit principalement des activités :

- d'évaluation des besoins et de planification dans le secteur (environ 15 % de l'activité en 1998, en diminution);
- de mise en réseau des structures existantes et des partenaires (environ 45 % de l'activité, en augmentation);
- de conseil pour l'élaboration de projet et de soutien au démarrage de projets de travail et de logement (environ 25 % de l'activité, en augmentation);
- d'information, de documentation et de relations publiques (environ 15 % de l'activité).

¹ Qui sont gérés par différents collaborateurs au sein de l'OFSP.

^m On entend ici principalement la réduction des risques face au VIH/sida et aux hépatites.

Un manuel pour la mise sur pied de centres d'aides à la survie a été publié en 1997²⁵. Des critères pour l'allocation d'aides financières au démarrage de nouveaux projets sociaux ont été élaborés et les limites du financement ont été fixées (allocation pour une période de deux ans au maximum, montant maximal de 50 000 francs par an, cofinancement fédéral et cantonal obligatoire).

Entre 1996 et 1998, près de 1 600 000 francs ont été alloués à un total de 33 projets (tableau 4a), et 15 autres propositions ont été refusées. Dans un contexte de durcissement de la situation du marché du travail, avec des difficultés accrues de réinsertion pour les toxicomanes, la priorité a été donnée par l'OSEO aux projets de travail, en particulier dans les zones périphériques (petits cantons, périphérie des grandes villes). L'OSEO juge que la situation du logement est meilleure (surtout le logement d'urgence) et que les cantons y pourvoient généralement, bien qu'il reste toujours un petit noyau de consommateurs en extrême précarité. En revanche, le besoin en structures de jour n'est pas encore couvert et se traduit par une forte demande en subsides.

Peu de demandes sont parvenues à l'OSEO concernant des structures spécifiques aux femmes. Toutefois, chaque demande d'aide au démarrage doit obligatoirement intégrer une réflexion sur la spécificité des besoins des femmes.

Tableau 4a

Répartition des aides financières 1996-1998

Domaine d'activité	Nombre de projets	Type de projet	Cantons	Montant
Travail	14	Bourses au travail, petits jobs, places de travail protégées	Berne (2), Fribourg (1), Neuchâtel (2), Zoug (3), Zurich (6 dont 3 hors ville de Zurich)	642 500.-
Logement	4	Logement avec encadrement, maison pour patients sous méthadone	Argovie (1), Soleure (2), Glaris (1)	265 000.-
Structure de jour	6	Lieux d'accueil avec diverses offres (café, repas, douches, etc.)	Neuchâtel (1), Tessin (1), Vaud (2), Zurich (2)	337 000.-
Offre spécifique pour les femmes	3	Evaluation d'un lieu de travail, élaboration d'un concept de logement avec encadrement, hébergement d'urgence	Bâle-campagne (1), Zurich (2)	166 000.-
Matériel de prévention	1	Comics pour la prévention des hépatites	Berne	14 650.-
Divers	5	Nouveau manuel, journées d'information ou de réflexion, recherche sur les conditions d'injection		165 450.-
Total	33		11 cantons	1 590 600.-

Situation générale

Il n'existe pas d'inventaire récent de l'offre en structures de travail et de logement en Suisse. Cependant, comme le bureau de promotion de l'OSEO est bien connu en Suisse, on peut considérer que les demandes de financement sont représentatives des nouvelles orientations de l'offre.

Réduction des risques dans le domaine de la santé

L'activité directe de l'OFSP dans ce secteur est actuellement modeste. Elle consiste essentiellement en échange d'informations au sein du groupe de travail Drogue et sida qui se réunit environ quatre fois par année. Ce groupe comprend des experts du domaine de la toxicomanie et du sida impliqués dans la prévention, le traitement, la répression ou la recherche. Il examine les principaux sujets de réduction des risques et d'aide à la survie, et prend position à leur sujet : il a déjà publié et diffusé ses prises de position sur la prévention des hépatites et sur la mise sur pieds de projets hors des grands centres urbains^{26, 27}. Enfin ce groupe fonctionne comme une bourse aux idées en matière d'intervention, sans toutefois disposer de la capacité de financer des projets.

L'OFSP continue à participer financièrement, bien que de façon marginale, au démarrage de quelques projets locaux dans le domaine de la réduction des risques liés au VIHⁿ. Il a développé de façon indépendante le projet Harm reduction cards, petites cartes d'information sur différents thèmes de réduction des risques, qui ont connu un grand succès. Enfin, il développe actuellement une action auprès des communes, visant à promouvoir l'installation d'automates distributeurs de seringues.

L'OFSP entretient des contacts réguliers avec la Société suisse des pharmaciens (avec laquelle il a mené une enquête sur l'engagement des pharmaciens dans la réduction des risques chez les toxicomanes) et avec le groupe de travail commun OFSP/OFP sur la police (ZUPO).

Situation générale

L'activité de réduction des risques en matière de VIH et d'hépatites est, pour l'essentiel, assurée par les cantons. Le monitoring continu de l'offre en matériel d'injection permet d'apprécier l'évolution de la situation depuis 1993²⁸.

Les structures à bas seuil d'accès (SBS) sont les principales sources d'approvisionnement en matériel d'injection pour les consommateurs de drogue. Il en existe actuellement vingt-cinq en Suisse, réparties dans dix cantons^o, la plupart en Suisse alémanique. Treize SBS sont pourvues d'un local d'injection^p. Les pharmacies représentent la deuxième source d'approvisionnement, suivies par le programme PROVE. Les automates (76 appareils installés en Suisse) apportent une contribution plus modeste, mais probablement qualitativement importante en cas d'urgence.

En 1996, près de 532000 seringues ont été mises chaque mois à disposition des consommateurs de drogue en Suisse, soit un volume annuel de 6,4 millions. Elles ont été soit distribuées dans les SBS (320000 par mois), soit vendues en pharmacies (122000 par mois) ou en automates (20000), soit utilisées dans le programme PROVE (70000 par mois). Si l'on rapporte le nombre de seringues au nombre d'habitants âgés de 20 à 39 ans (figure 4b), on

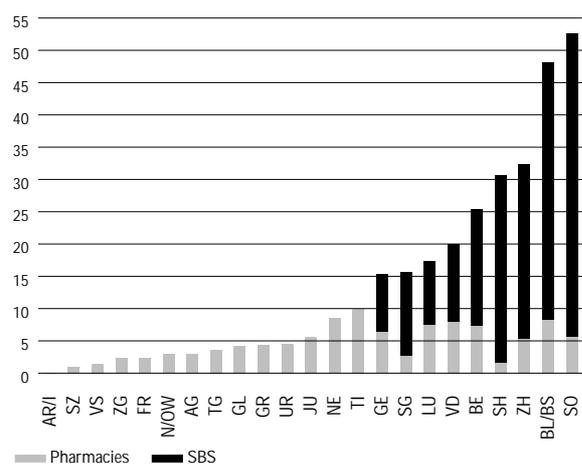
constate que l'importance de la couverture en matériel d'injection diffère selon le canton, et que la source du matériel (pharmacie ou SBS) varie également.

On peut représenter graphiquement l'évolution du nombre de seringues pour les années 1994 à 1997 (figure 4c). La forte chute du nombre de seringues distribuées dans les SBS au début de 1995 a été en partie compensée par les entrées dans le programme PROVE. De fin 1996 à fin 1997, leur volume total estimé revient au niveau de début 1994, soit environ 500000 seringues par mois.

La diminution du nombre de seringues distribuées ou vendues aux toxicomanes n'est pas seulement due à la liquidation des scènes ouvertes (dans lesquelles fonctionnaient des SBS). Durant la même période, on a assisté à une entrée massive de consommateurs dans des traitements de substitution à la méthadone par voie orale.

Figure 4b

Nombre mensuel moyen de seringues mises à disposition/ vendues en 1996 par les pharmacies et les structures à bas seuil pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans, selon les cantons suisses.

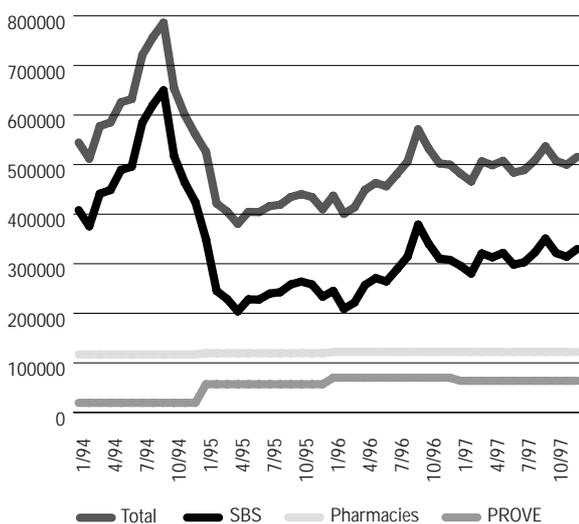


ⁿ Il a ainsi fourni une contribution financière aux projets MEDIA (St-Gall), BIPS et Boulevards (Genève), Maplu (Lucerne).

^o Argovie, Berne, Bâle-Ville, Genève, Lucerne, St-Gall, Schaffhouse, Soleure, Vaud, Zurich.

^p Berne 1, Bâle-Ville 3, Zurich 6, Soleure 2, Schaffhouse 1.

Figure 4c
Estimation mensuelle du nombre total de seringues vendues ou remises aux consommateurs de drogues en Suisse de 1994 à 1997.



Au niveau international, il n'existe aucune statistique intégrant toutes les sources d'approvisionnement en seringues. On dispose cependant de quelques données sur les programmes d'échange de seringues (SBS).

Tableau 4b
Nombre annuel de seringues distribuées dans les SBS de différents pays

	Suisse 1997	Etats-Unis 1997	Québec 4.1996-3.1997
Nombre de seringues	3 772 000 ²⁹	17 447 000 ³⁰	443 000 ³¹
Estimation du nombre de consommateurs de drogues	30 000 ³²	1 640 000 ³³	23 000 ³⁴

On constate qu'en Suisse, le nombre de seringues distribuées par les SBS est particulièrement important (tableau 4b). Le nombre total de seringues par consommateur y est 6,5 fois plus élevé qu'au Québec et 12 fois plus élevé qu'aux Etats-Unis.

Réduction des risques et traitement en milieu carcéral

Dans ce secteur, l'OFSP a joué un rôle incitateur important en mettant sur pied un groupe de travail réunissant des représentants de plusieurs acteurs du terrain (directeurs de prisons, juristes, médecins de prisons, chercheurs, etc.). L'échange d'informations et la discussion autour de projets-pilotes ont permis de promouvoir la notion de réduction des risques et de réaliser dans plusieurs établissements des expériences pionnières. Ce rôle incitateur s'est renforcé grâce au financement de l'évaluation des projets-pilotes développés⁹ et grâce aussi à une politique de valorisation des résultats de recherche, puisque ces éléments sont venus enrichir le débat. L'OFSP avait aussi édicté en 1993 des recommandations en matière de réduction des risques de VIH/sida en prison³⁵. Elles sont inspirées de celles de l'OMS, qui visent à permettre aux détenus d'accéder à des prestations de santé équivalentes à celles qu'ils pourraient obtenir à l'extérieur des prisons.

Situation générale

Dans ce secteur aussi, l'intervention directe est prise en charge par les cantons. Un rapport récent fait le point sur les mesures de réduction des risques liées au VIH et aux hépatites, et sur les traitements offerts en milieu carcéral³⁶.

Parmi les consommateurs de stupéfiants qui sont en contact avec les services à bas seuil, près des deux tiers ont séjourné en prison, pour une durée allant de quelques jours à plusieurs années. En Europe, 15% à 65% des détenus consomment des stupéfiants. Les données suisses révèlent quand à elles une proportion allant de 20% à 50% selon les établissements.

⁹ Projets de remise de matériel d'injection par l'installation d'automates dans les prisons de Hindelbank, et Realta, prescription d'héroïne sous contrôle médical à Oberschöngrün.

La prise en charge médicale est assurée dans tous les établissements pénitentiaires, tant pour les problèmes liés à la consommation de stupéfiants que pour ceux liés au VIH/sida. Cependant l'offre en traitements est très variable selon les établissements. En outre, en ce qui concerne la prise en charge des problèmes de dépendances, cette offre n'est pas toujours équivalente à celle trouvée à l'extérieur de la prison. Il semble aussi que le suivi soit encore insuffisant à la sortie de prison. Ceci est en partie lié au fait que le service médical des prisons n'est pas systématiquement informé de la libération d'un détenu.

Si l'information sur les risques de transmission du VIH est largement distribuée (90% des détenus y auraient accès), elle ne porte pas systématiquement sur tous les risques. Dans 40% des établissements seulement (représentant 50% des détenus environ), l'information couvre les risques liés au partage du matériel d'injection.

Les préservatifs sont mis à disposition des détenus dans un tiers des établissements (recouvrant cependant 75% de l'ensemble des détenus). Seuls quelques établissements ont pris des mesures préventives liées à l'injection, soit par la mise à disposition du matériel d'injection (huit établissements), soit par la distribution de désinfectant avec un mode d'emploi expliquant la manière de désinfecter le matériel (dix établissements). Ces établissements représentent environ un tiers des personnes détenues³⁷.

Quel est le contrôle exercé sur le développement de l'action ?

Dans le secteur social, l'OFSP exerce un contrôle direct sur la centrale de programmation de l'OSEO. En effet, ce projet est piloté par un petit groupe de trois personnes: un représentant de l'OFSP, un représentant de l'OSEO et le chef du projet.

Dans les deux autres secteurs (santé et prisons), l'OFSP n'exerce pas de contrôle à proprement parler. Il n'y a pas non plus assumé un véritable rôle de coordinateur ces dernières années, ce qui serait pourtant nécessaire compte tenu de la répartition inégale de l'offre.

En revanche, l'OFSP a joué un rôle d'incitation et de facilitation dans le domaine prison. Il a aussi occupé une place importante dans la surveillance de l'offre, en finançant l'inventaire de l'intervention en milieu carcéral ainsi que le monitoring de l'offre en réduction des risques en général (cf. ci-dessus). En ce qui concerne le secteur de la santé, l'OFSP projette d'augmenter sa présence et sa contribution en étendant le projet de l'OSEO à ce secteur.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

L'OFSP est confronté à des difficultés dans chacun des trois secteurs. D'une part, la répartition de l'offre est inégale entre les diverses régions, et d'autre part le financement des actions existantes dépend essentiellement des cantons. Sa marge de manœuvre est donc réduite pour ce qui est de l'intervention et de l'aide au démarrage. Elle est beaucoup plus grande cependant dans le domaine de la réflexion, qui doit aboutir à des propositions d'orientation des politiques de réduction des risques et des dommages.

Jusqu'en 1998, les secteurs santé et prisons ont été assumés par des collaborateurs de la section sida de l'OFSP. La coordination du pilier réduction des risques à l'OFSP en a certainement souffert. Le départ de collaborateurs expérimentés et le transfert de ces activités à la section Interventions drogues posera maintenant la question de la durabilité de l'expérience acquise dans ce domaine.

Conclusions

Les activités de réduction des risques et d'aide à la survie sont bien développées en Suisse, même s'il demeure des lacunes et des inégalités dans la répartition de l'offre.

L'impulsion de l'OFSP dans ce domaine – et particulièrement dans les secteurs santé et prisons – a été très forte sous la pression du problème VIH/sida dans la fin des années 80 et au début des années 90. Par la suite, les cantons ont pris le relais et l'OFSP est intervenu de manière plus indirecte.

Pour la période 1998-2002, l'OFSP s'est donné des priorités de consolidation, d'élargissement de l'offre, et d'amélioration de la qualité. Sa marge de manœuvre en intervention directe et ses moyens financiers sont néanmoins limités. L'enjeu à venir réside dans sa capacité à faire valoir l'expérience acquise et à jouer un rôle d'incitateur et de coordinateur de l'action.

Recommandations

Le monitoring de l'activité dans le domaine de la réduction des risques est du ressort de l'OFSP. Ce monitoring devrait être développé et utilisé de façon systématique dans une politique d'information et d'incitation des partenaires.

L'OFSP devrait davantage assumer – directement ou indirectement – la coordination dans les trois secteurs du domaine réduction des risques, comme il le fait déjà partiellement dans le secteur logement et travail.

Campagne

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine campagne ?

Le Service Campagnes de l'OFSP est chargé de la campagne de sensibilisation sur la drogue. Il s'appuie sur une équipe (le Creative Team Drogue) comprenant des représentants de l'OFSP, d'autres organismes actifs dans le domaine de la prévention, et d'experts dans les domaines de la communication, de la prévention et de la santé publique. La réalisation des campagnes est confiée à une agence de publicité. En 1997, l'OFSP a pris la décision de mettre un terme à la campagne de sensibilisation aux problèmes de la toxicomanie et de la remplacer par un Programme alcool en collaboration avec la Régie fédérale des alcools (RFA) et l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). La structure en charge de ce programme comprend trois organes :

- un comité exécutif (Ausschuss) de quatre membres (le chef du service Alcool/Tabac, le chef du service Campagnes, un représentant de l'ISPA et un représentant de la RFA);

- un groupe de conseil et de supervision (Steuerungsgruppe beratendes Team) de onze membres (qui a absorbé l'ancien Creative Team Drogue);
- une direction de programme (Programmleitung) de deux membres.

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

Les actions

La période 1996-1999 a vu se dérouler plusieurs campagnes. Elles ont généralement fait l'objet de tests ultérieurs pour en mesurer la visibilité, la compréhension et l'acceptation par la population. Certaines ont également été pré-testées afin de vérifier la compréhension et l'acceptation des messages. Les médias et les publics intéressés ont été directement informés sur les campagnes, par des communiqués et des documents de presse (décrivant leurs objectifs et leurs caractéristiques) ainsi que par des articles parus dans Spectra, la revue de l'OFSP.

La campagne de sensibilisation aux questions de drogue Avoir confiance en soi, faire confiance et s'ouvrir aux autres a été lancée en été 1996, avec un budget de l'ordre de deux millions de francs. Elle comprenait principalement un spot TV et des affiches mentionnant l'OFSP comme émetteur, ainsi que des annonces petit format, basées sur les affiches, que les partenaires pouvaient commander. Sur ces annonces, les partenaires pouvaient figurer comme émetteur, la présence de l'OFSP n'étant rappelée que par un logo (le corbeau).

La campagne de sensibilisation suivante, Drogue: rester lucide (1997), avec également un budget de l'ordre de deux millions de francs. Comme en 1996, elle comprenait des affiches où l'OFSP figurait comme émetteur, et des annonces que les partenaires pouvaient commander.

La campagne prévue pour 1998 avait pour objectif de faire le lien entre la problématique drogues illégales et la dépendance, et donner à la population générale une acception plus large de ce concept. Cette campagne a été supprimée du fait de la proximité de la votation sur l'initiative Droleg. Les fonds qui lui avaient été réservés ont été utilisés pour une campagne de l'OFSP dans le domaine du sida.

La campagne *Ça débouche sur quoi?*, qui fait partie du Programme Alcool 1999-2002 (programme de prévention des problèmes liés à l'alcool), a été lancée au printemps 1999 et est signée Office fédéral de la santé publique avec la RFA et l'ISPA. Elle se définit comme une campagne de sensibilisation à la consommation à haut risque chez les adultes de 20 à 35 ans. Elle comprend des actions diverses: une grande campagne de communication dans les médias, un projet en collaboration avec les praticiens membres de la Fédération des médecins suisses (FMH), des actions en partenariat avec des organismes locaux et cantonaux de conseils aux personnes souffrant de problèmes d'alcoolisme ou d'autres formes de dépendances.

Il est prévu d'étendre ultérieurement cette campagne à d'autres cibles. Parmi ses principales productions actuellement disponibles figurent cinq spots TV, des affiches de plusieurs formats (dont une consacrée aux dépendances, comportant le logo du corbeau et le slogan *Drogue: rester lucide*) et une règlette coulissante indiquant le taux d'alcoolémie en fonction de la consommation d'alcool. Le budget 1999 de cette campagne est de 3,9 millions de francs, dont 200 000 environ sont consacrés aux productions destinées aux partenaires du domaine drogues illégales.

Situation générale et collaborations avec les partenaires

L'évaluation de la campagne de 1997 *Drogue: rester lucide* a révélé un intérêt relativement élevé de la population générale à son égard et des dispositions favorables à la poursuite des campagnes fédérales de prévention.

Les pré-tests de certains spots TV de la campagne *Ça débouche sur quoi?* de 1999^r ont révélé la bonne acceptation de cette campagne, la bonne adéquation de son logo (un tire-bouchon) et de son slogan (*Ça débouche sur quoi?*), surtout en français, et l'importance de l'identification de l'émetteur pour la compréhension du message.

Les collaborations entre l'OFSP et ses partenaires ont été nombreuses autour de cette campagne, et se sont essentiellement basées sur la reprise des productions de la campagne. Deux sources d'information sont disponibles à ce sujet: les résultats de l'enquête de 1998 auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie³⁸ et la statistique des demandes de matériel par les partenaires. Cette dernière est résumée dans le tableau 4c.

L'enquête auprès des partenaires de l'OFSP distingue trois catégories de partenaires: les collectivités publiques, les institutions de prévention et de promotion de la santé, et les autres institutions faisant de la prévention. On note que 51 à 54 % des répondants déclarent bien connaître la campagne nationale *Drogue: rester lucide*. De plus, les réponses des collectivités publiques montrent que dans douze cantons sur les vingt-deux ayant participé à l'étude, il existe au moins une institution collaborant avec la campagne nationale.

La statistique des demandes de matériel adressées à l'OFSP par ses partenaires confirme l'étendue de cette collaboration (tableau 4c). En 1997 comme en 1998, près d'une centaine de partenaires de l'OFSP ont recouru à ses productions. Le nombre d'affiches commandées a fortement augmenté, passant de 19 000 à 57 000, augmentation exclusivement due aux 42 000 affiches Alcool. Les commandes d'affiches Dépendances ont baissé, passant de 19 000 de 15 000 environ. Parmi elles, 18 % étaient en français ou en italien en 1997, contre seulement 2 % en 1999.

^r Les résultats du post-test ne seront disponibles qu'en septembre 1999.

Tableau 4c

**Utilisation des productions des campagnes de l'OFSP :
demandes de matériel par les partenaires des domaines
Drogue et Alcool (Source : OFSP)**

	Campagne Drogue: rester lucide 1997	Campagne Ça débouche sur quoi? 1999
Nombre de partenaires dont:	89	109
Domaine Drogues	89	46
Domaine Alcool	n.p.	30
Domaines Alcool & Drogues	n.p.	33
Nombre d'affiches commandées* dont:	19 185	57 094
Affiches Dépendances	19 185	14 619
texte allemand	15 780	14 359
texte français	2 415	260
texte italien	990	0
Affiches Alcool	n.p.	42 475
texte allemand		35 281
texte français		6 194
texte italien		1 000

Notes : n.p. : non pertinent. * tous formats confondus.

Quel est le contrôle exercé sur
le développement de l'action ?

Il faut ici distinguer deux niveaux : le niveau stratégique, qui concerne le choix des thèmes des campagnes, les objectifs et les messages, et le niveau davantage opérationnel et technique, qui concerne l'adéquation des productions par rapport aux choix stratégiques.

Au niveau stratégique, le contrôle sur le développement de l'action est du ressort de la structure mise en place, essentiellement le Steuerungsgruppe et l'Ausschuss. Dans ce dernier, l'OFSP est représenté par le chef du Service Alcool/Tabac et par le chef du Service Campagnes, mais aucun représentant de la section Interventions drogues n'y siège.

Au niveau opérationnel, le recours fréquent au dispositif de pré-tests/post-tests permet un suivi serré de la réception des campagnes nationales dans la population, et assure l'adéquation des productions en regard des choix stratégiques.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

Du point de vue du ProMeDro, élargir la campagne de sensibilisation sur la toxicomanie à la problématique plus générale de la dépendance, puis se concentrer de fait sur le Programme alcool, a créé certains problèmes – ou les a révélés tout au moins.

Au niveau organisationnel, la structure mise sur pieds paraît lourde. La définition du rôle du Steuerungsgruppe semble manquer de précision et influencer négativement sur son mode de fonctionnement. De plus, la composition de l'Ausschuss n'est probablement pas optimale, si l'on souhaite conserver des inputs « drogue » dans la campagne.

L'évolution de la demande de matériel produit pour la campagne révèle que la collaboration avec les partenaires du domaine Dépendances pourrait souffrir de la nouvelle orientation. La baisse de la demande totale de matériel fait craindre une menace sur ce qui était l'un des succès de la campagne de sensibilisation. En outre, la distribution linguistique des demandes montre un retrait quasiment total des partenaires latins.

Lors de la conception de la campagne de sensibilisation, on avait relevé l'importance de faire percevoir à la population générale le caractère continu de la campagne, et de lui fixer des objectifs limités (à savoir sensibiliser et diminuer les préjugés). L'abandon, regrettable mais justifié, de la campagne prévue pour 1998, qui était destinée à expliquer le lien entre drogues et dépendances, a privé la population d'une occasion de mieux comprendre ce lien. De plus, l'abandon du corbeau comme logo et le changement des émetteurs ont vraisemblablement affecté la perception de continuité.

Conclusions

Pour le Service campagnes, substituer à la campagne de sensibilisation sur la drogue du ProMeDro le programme de prévention des problèmes liés à l'alcool (collaboration entre OFSP, RFA et ISPA) a constitué une discontinuité majeure sur le plan de l'organisation et du contenu. Les traces laissées par la campagne de sensibilisation aux problèmes drogues et l'expérience que cette dernière a permis d'accumuler n'ont pas pu être suffisamment exploitées.

La mise à disposition du matériel des campagnes aux partenaires est une formule de collaboration qui a confirmé son succès. Cependant, la collaboration prometteuse avec les partenaires du domaine dépendances pourrait être menacée dans le champ des drogues illégales par le changement d'orientation de l'action.

La politique d'information des différents publics s'est poursuivie de façon satisfaisante.

Le recours systématique aux pré-tests et aux post-tests a permis le contrôle et le suivi de la réception des campagnes dans la population.

Recommandations

Après la substitution de la campagne de sensibilisation sur la drogue par le programme de prévention des problèmes liés à l'alcool, il est nécessaire de mieux mesurer et de davantage prendre en compte les conséquences de cette substitution, tant en terme d'organisation que de contenu.

Sans se prononcer sur la pertinence de cette substitution, on peut relever que la collaboration actuelle avec les partenaires du domaine Dépendances constitue un acquis important, et qu'il est nécessaire de le conserver en veillant à éviter tout déséquilibre dans la répartition linguistique de cette collaboration.

Dans la mesure où les interruptions induites par le processus politique sont prévisibles, comme lors de la votation sur l'initiative Droleg, elles devraient être prises en compte dans la planification, en veillant à ce qu'elles perturbent le moins possible la continuité de l'action de la campagne.

Epidémiologie

Ce chapitre porte sur la mise en œuvre du domaine épidémiologie. Quant aux données épidémiologiques à proprement parler, elles sont présentées dans le chapitre 8.

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine épidémiologie ?

Deux collaborateurs de l'OFSP, rattachés à la section maladies virales et système sentinelle de la Division d'épidémiologie, s'occupent du domaine de l'épidémiologie de la toxicomanie. Une partie importante de l'activité de ce domaine est mandatée à l'extérieur (cf. ci-dessous).

Au niveau des statistiques nationales, l'OFSP met en place et analyse la statistique nationale méthadone. La statistique nationale des traitements ambulatoires dans le domaine drogue et alcool (SAMBAD) est réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et elle est analysée par l'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). La réalisation et l'analyse de la statistique nationale des traitements résidentiels (FOS) sont confiées à l'Institut für Suchtforschung de Zurich.

Au niveau de l'épidémiologie descriptive, l'OFSP rassemble et synthétise l'information provenant de diverses sources de données :

- décès liés à la drogue (fournies par l'OFSP);
- répression (fournies par l'OFSP et l'OFS);
- enquêtes nationales (enquête OMS réalisée par l'ISPA tous les 4 ans – et partiellement financée par l'OFSP, enquête suisse sur la santé – réalisée par l'OFS et analysée par l'ISPA);
- VIH-sida et hépatites (fournies par l'OFSP).

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

Un nouveau logiciel de saisie a été développé pour la statistique nationale méthadone^s. Il est actuellement en fonction dans les cantons de BE et FR. Les cantons de GE, TI et VD l'utiliseront d'ici à la fin 1999. Les cantons de NE, TG, SH, NW, OW utilisent encore le logiciel développé précédemment, et ceci jusqu'à fin 1999. Les variables de base forment un noyau minimal («core» module) qui peut ensuite être complété selon les besoins spécifiques des cantons. Cette solution remplace donc l'ancienne version qui contenait trois types de questionnaires différents (version registre d'une page, version moyenne de 2 pages et version longue de 4 pages, comportant notamment toutes les variables relatives aux statut sérologique VIH et hépatites).

Cinq autres cantons (BS, ZH, SO, LU et VS) ont livré en 1998 leurs données à l'OFSP sous une forme informatisée. Toutefois ces fichiers étant tous de types différents, l'OFSP ne peut les exploiter en raison du temps considérable que cela demanderait. Il recourt donc aux données fournies par ces cantons dans leurs rapports méthadone.

Les données de la phase pilote de la statistique nationale méthadone de 1996-1997 sont parvenues à l'OFSP en nombre restreint (n = 1145), et ont fait l'objet d'une publication dans le bulletin de l'OFSP³⁹.

Les autres statistiques nationales soutenues par l'OFSP (SAMBAD et FOS) ont actuellement une bonne couverture qui continue à croître régulièrement.

L'harmonisation des statistiques nationales, telle qu'elle a été planifiée par l'OFSP, a été confiée à une nouvelle collaboratrice qui a débuté son travail au printemps 1999. La première réunion nationale sur ce sujet est prévue pour fin 1999 - début 2000.

Quel est le contrôle exercé sur le développement de l'action ?

Le contrôle exercé dans ce domaine porte essentiellement sur le suivi des travaux statistiques et des enquêtes mandatés par l'OFSP.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

Les deux statistiques nationales SAMBAD et FOS se sont heurtées initialement à certaines réticences, tant de la part des institutions que des cantons. Toutefois ces problèmes de participation se sont fortement amenuisés avec le temps.

Les problèmes rencontrés dans la mise en place de la statistique nationale méthadone (nombre limité de cantons participant, changement de logiciel et de questionnaires, etc.) renvoient au manque de moyens mis à disposition par l'OFSP.

L'épidémiologie de la toxicomanie en Suisse souffre de deux faiblesses : la multiplication et la non-harmonisation des instruments de récolte des données. Cette situation résulte d'une longue évolution, et elle a déjà fait l'objet de recommandations lors de la dernière période d'évaluation. En soi, le nombre d'instruments utilisés n'est pas forcément un obstacle au bon suivi épidémiologique, à condition d'assurer leur harmonisation, et probablement aussi la simplification de certains d'entre eux. Mais ces options soulèvent forcément des résistances, et exigeraient de l'OFSP une réelle volonté de réaliser l'harmonisation, ainsi que les moyens d'y parvenir, en particulier les moyens d'assurer un leadership dans ce processus qui demande des compromis. Cette volonté apparaît dans les priorités de ProMeDro, mais pas encore dans la pratique ; par ailleurs les ressources prévues semblent insuffisantes.

^s Il est fait référence à la statistique nationale méthadone, bien que celle-ci intègre tous les types de traitement de substitution, notamment ceux à base de buprénorphine – qui reste cependant bien moins utilisée en Suisse que la méthadone.

Conclusions

La conception/planification du domaine de l'épidémiologie reste pertinente, mais le leadership et les ressources disponibles semblent insuffisantes en regard des priorités retenues par l'OFSP.

Les deux statistiques SAMBAD et FOS ont une bonne couverture nationale.

L'épidémiologie continue de fournir régulièrement des informations objectives aux divers publics cibles concernés.

Recommandations

L'OFSP doit tout mettre en œuvre pour renforcer son action et son leadership dans le domaine de l'épidémiologie.

L'OFSP devrait développer des priorités d'analyse portant sur les nombreuses sources de données actuellement disponibles, notamment les analyses de trend des statistiques nationales.

Recherche

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine recherche ?

Un groupe de coordination au sein de l'Unité principale Dépendances & Sida a été mis sur pied afin de mieux coordonner les travaux de recherche en matière de dépendances et de rendre le processus transparent. Outre un organe de direction, ce groupe comprend un représentant de plusieurs sections de l'OFSP. Il n'est pas composé de chercheurs et ne comprend pas de personnes extérieures à l'OFSP. Il examine les résultats d'appels d'offres ou les requêtes de recherche, et fait appel, de cas en cas, à des experts extérieurs. En principe 80% des fonds à disposition sont réservés à la recherche sur appel d'offre ou sur mandat et 20% à la recherche sur requête spontanée.

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

Entre 1996 et 1999, la section recherche de l'OFSP a établi des contrats pour environ 4,8 millions de francs. Ses principaux axes ont été la fin du programme de recherche PROVE (analyses de la première phase, analyse des coûts, étude de comparaison des traitements méthadone), le nouveau programme de recherche et d'intervention supra-f, ainsi qu'une étude multicentrique sur les sevrages (Multizenterstudie-Entzug und Swiss Detoxification Coordination [MUSE & Swi-De-Co]). L'aspect économique (coût des dépendances) a fait l'objet d'un effort de recherche particulier. La recherche sociétale et la recherche fondamentale (étiologie, substances) ont été moins soutenues. Une partie des financements de recherche sont allés à la valorisation de résultats et à l'information sur la recherche. Par exemple, un document a été publié en 1997, résumant l'ensemble des recherches financées par l'OFSP entre 1993 et 1996⁴⁰. Une base de données sur les recherches en cours est actuellement en préparation. En mars 1999, un symposium international a été organisé sur Le traitement avec prescription d'héroïne. Il a permis à des chercheurs de plusieurs pays de confronter leurs expériences et leurs réflexions à ce sujet.

Quel est le contrôle exercé sur le développement de l'action ?

Malgré le souci de transparence qu'affiche l'OFSP, il est encore malaisé d'avoir une vue d'ensemble sur les choix effectués en matière de recherche (l'accès aux base de données n'est encore possible). Les mécanismes de contrôle de qualité de la recherche ne sont pas encore définis[†], et la structure mise en place n'est pas suffisamment transparente pour que l'on puisse juger de la qualité de la revue scientifique des demandes de recherche (composition de la commission attribuant les subsides, rôle des experts extérieurs, règles de reviewing, etc.).

[†] Notons toutefois que certaines règles de soumission de projets ont été édictées (alignement de la forme des requêtes sur celle du Fonds national).

Quels sont les problèmes rencontrés ?

Dans son expertise du programme PROVE, l'OMS a relevé certaines faiblesses méthodologiques. Les mêmes problèmes ont été rencontrés dans l'étude de « comparaison » méthadone. Bien que cette dernière ait été projetée comme étude contrôle, elle n'a pas pu être utilisée comme telle. Elle a tout de même fourni quelques éléments sur le suivi des patients en traitement méthadone dans divers sites (là aussi, non comparables directement). D'autres études multicentriques (supra-f, MUSE) recourent aux comparaisons entre sites ou entre différentes interventions. Elles ont été lancées en 1998, mais les documents disponibles ne permettent malheureusement pas d'affirmer que ces problèmes ont été surmontés. En réalité, il se pourrait bien que ce ne soit pas le cas, puisque le concept de recherche supra-f⁴¹ est peu précis^{u,v}, et se fixe des buts et un design irréalistes en regard de son programme d'intervention (grande diversité d'interventions s'adressant à des publics et à des environnements hétérogènes, dont le seul le point commun est la prévention secondaire financée par supra-f).

Conclusions

L'OFSP accorde une grande importance à la recherche, en y consacrant chaque année plusieurs millions de francs. Il ne disperse pas ses efforts en matière de recherche, mais les concentre plutôt sur des domaines prioritaires (PROVE, prévention secondaire et sevrage).

La valorisation des résultats de recherche est effectivement pratiquée par l'OFSP, conformément au rôle qu'il s'est attribué dans ce domaine.

^u En affichant à la fois des intentions expérimentales, des intentions de recherche-action et des intentions d'évaluation de projet classique.

^v Cette difficulté « d'interprétation » des desiderata de l'OFSP a d'ailleurs été soulevée par les requérants à la coordination de la recherche supra-f. En effet, ces derniers ont proposé une approche plus réaliste, dont le principal but serait la mesure d'un effet général des projets supra-f (avec quelques hypothèses de causalité, puisque le design ne sera pas celui d'un essai contrôlé).

La frontière entre recherche expérimentale et recherche appliquée ou recherche sur mandat n'est pas clairement définie, pas plus que ne le sont les règles s'appliquant à chacun de ces types de recherche.

Le programme d'intervention-recherche supra-f est un exemple des faiblesses conceptuelles dont souffre parfois la recherche à l'OFSP. Il présente une certaine incohérence, due à la non-précision de ses buts de recherche. Le but de susciter des interventions dans ce domaine est louable et sera probablement atteint. En revanche, l'orientation de recherche pâtit de se vouloir à la fois expérimentale – ce que le contexte, les moyens et le design proposé ne permettent pas – et appliquée. Le risque est donc élevé d'aboutir à un résultat contestable, qui ne permettra pas d'établir l'efficacité expérimentale de certains modèles d'intervention, et qui constituera une évaluation coûteuse de projets hétérogènes et de comparabilité limitée. Choisir clairement entre l'approche expérimentale et l'approche appliquée aurait permis soit de tester à fond un ou deux modèles selon les standards habituels (essai), soit d'évaluer davantage de projets de façon mieux appropriée, cette dernière option nous paraissant plus adaptée au programme supra-f.

La promotion de la qualité de la recherche n'en est encore qu'à ses débuts.

Recommandations

La transparence de l'ensemble du processus d'assurance de qualité de la recherche devrait être améliorée.

Une commission de recherche formelle comprenant des experts extérieurs devrait être mise sur pied.

Les grands projets de recherche (supra-f, MUSE), qui impliquent plusieurs centres, de gros moyens et une vision « expérimentale », devraient, pour le moins, faire l'objet d'une expertise extérieure.

Evaluation

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine évaluation ?

De 1996 à 1998, chaque section responsable d'une action (intervention, projet, programme) assurait la supervision de ses propres évaluations externes (conception du mandat, suivi, budget, etc.), et le Service Evaluation^w (SE) était responsable de l'évaluation globale du paquet de mesures.

A partir de janvier 1999, ce sont toutes les activités prévues dans le domaine de l'évaluation qui dépendent du SE. Le SE, qui fait partie de la section Stratégie de santé de l'OFSP, a pour mission de mandater les évaluations externes (programmes, projets) et l'évaluation globale, et d'en assurer le contrôle et le suivi. Il se charge également de la formation interne à l'évaluation.

Les autres sections collaborent avec le SE pour définir et sélectionner les thèmes d'évaluation externes des actions dont elles sont responsables. Dans cette optique, on rappelle que pour ce type d'activité, la nouvelle conception de l'OFSP privilégie la qualité et non la quantité (contrairement à l'ancien programme MaPaDro).

L'OFSP fait appel à des partenaires externes pour l'évaluation globale comme pour les évaluations de programme ou de projets. Ces partenaires sont le plus souvent institutionnels, mais parfois aussi des consultants privés.

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

L'évaluation globale du ProMeDro est en cours. La phase de conception/mise en œuvre est désormais achevée (cf. le présent rapport) et la suite de l'évaluation sera consacrée aux productions (output), ainsi qu'aux effets (outcome) du programme.

Concernant les actions des sections, cinq évaluations externes ont été lancées pendant la période 1997-1999, dont deux sont terminées (projets COSTE et Le fil rouge), et trois sont en cours (Plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues, Politique de formation, programme-cadre Ecoles et Santé).

Pour les auto-évaluations, seules des consignes de base ont été données, et un manuel⁴² a été conseillé à cet effet. Tous les projets sont censés intégrer les auto-évaluations à leur rapport d'activité. Cependant, le Service Evaluation n'assure pas de supervision continue de ce type d'évaluation, mais uniquement des apports ponctuels sous forme de conseils notamment, selon le cas.

Le début de la formation interne est prévu pour l'an 2000. Toutefois le cadre de cette formation n'est pas encore défini et il semble qu'il soit prévu de la faire dans un premier temps uniquement pour les responsables qui mandatent une évaluation externe.

Les priorités pour les mandats externes n'ont pas encore été fixées, car l'OFSP attend à cet effet les résultats de l'évaluation globale.

Quel est le contrôle exercé sur le développement de l'action ?

Depuis janvier 1999, le SE est responsable des évaluations externes en matière de drogues illégales, ainsi que de l'évaluation globale. Il procède à l'établissement et à la gestion des contrats, examine notamment la pertinence des questions d'évaluation et des méthodes utilisées, contrôle le respect du calendrier et des buts, et s'assure de la qualité des résultats, des conclusions et de la valorisation des évaluations.

Selon le cas, le SE recourt aussi à un panel d'experts internes et externes pour évaluer les offres et la qualité des résultats.

En matière de gestion des mandats, le contrôle est renforcé par l'utilisation systématique du logiciel « Contrat ».

^w Cette appellation n'est pas officielle, mais celle admise à l'OFSP.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

Le Service Evaluation a principalement souffert de problèmes structurels, issus notamment de la restructuration de 1996. Celle-ci a diminué de moitié ses effectifs et a restreint ses compétences en matière d'évaluations globales (lui retirant en même temps la responsabilité des évaluations externes, qui sont passées à la charge des sections), tout en ajoutant le domaine alcool à ses trois domaines de compétence (drogues illégales, tabac, sida). Cependant, cette restructuration n'a pas entraîné de diminution du montant global consacré à l'évaluation : au contraire, son budget a augmenté.

Bien qu'en 1999, le SE se soit à nouveau vu confié la responsabilité des évaluations externes, ses ressources n'ont pas augmenté. Dès lors, ce Service a dû recourir au « lobbying »^x pour obtenir les ressources supplémentaires lui permettant d'assumer ses nouvelles compétences et d'organiser la formation interne à l'évaluation. Cette activité de lobbying a mobilisé une part significative du temps de travail du SE, qui est cependant parvenu à obtenir un supplément de ressources.

Conclusions

L'OFSP a fait des efforts budgétaires considérables en faveur de l'évaluation. En particulier, le budget alloué aux évaluations (externes) de programmes et de projet, ainsi qu'à l'évaluation globale du ProMeDro, représente près de 10% de son budget total.

Les problèmes se situent plutôt dans la gestion interne. Il manque encore une véritable coordination des besoins en matière d'évaluation entre les diverses sections de l'OFSP. Par ailleurs, les priorités ne sont pas définies pour déterminer quels programmes nécessitent des évaluations externes. Une liste des priorités, quand bien même provisoire, pourrait refléter la volonté de l'OFSP en la matière, et permettre une certaine programmation, notamment en collaboration avec les sections responsables des programmes (drogue, sida, tabac, alcool).

^x Exemple: présentations internes visant à sensibiliser la hiérarchie de l'OFSP sur l'importance des évaluations.

La formation interne en matière d'évaluation n'est pas encore disponible, et son offre semble pour l'instant basée que sur des interventions ponctuelles avec les responsables impliqués dans une demande d'évaluation externe.

Recommandations

L'action du Service Evaluation doit être mieux coordonnée et rendue plus visible aux collaborateurs de l'OFSP. Un véritable programme de formation doit être établi: il devrait notamment permettre un échange d'expérience entre les collaborateurs de l'OFSP et un apprentissage méthodique plutôt que l'apprentissage au « coup par coup » qui prévaut actuellement.

Les priorités qui régissent les évaluations externes doivent désormais être rapidement mises en place, et en collaboration avec les sections concernées, de manière à assurer une programmation pertinente. Quant à la programmation des auto-évaluations, elle sera particulièrement importante, puisqu'il sera fait recours à cette approche en l'absence d'évaluations externes.

Formation continue et perfectionnement

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine formation ?

Un collaborateur de l'OFSP est responsable de la formation continue et du perfectionnement. Il gère les deux programmes en cours: le programme issu du premier paquet de mesures, qui touche à sa fin (prévue pour décembre 1999), et le programme-cadre qui est actuellement en phase de démarrage (début de quelques modules de formation en Suisse alémanique en 1998, début prévu en 1999 pour quelques modules en Suisse romande et Tessin).

En plus de ces deux programmes s'ajoutent les tâches de collaboration et de coordination avec les autres domaines du ProMeDro (prévention, écoles, traitement, etc.) qui proposent également de la formation, ainsi que des interventions ponctuelles lors des divers événements de formation organisés tout au long de l'année (séminaires, colloques, etc.).

En matière de formation, l'OFSP a essentiellement pour partenaires externes :

- le Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT) pour le programme ARIA, et la Haute Ecole (HFS) de Lucerne, nouveau mandataire du programme CONVERS depuis le mois de juin 1998 (ancien mandataire: VSD);
- la Commission d'Experts (CE) pour le programme-cadre en formation continue et perfectionnement dans le domaine des dépendances, et en particulier l'Université de Berne (Service de coordination pour la formation continue) qui en assure à la fois la présidence et le secrétariat. Par l'intermédiaire de la CE s'ajoutent tous les prestataires de modules de formation (hautes écoles, universités, instituts, etc.);
- la Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD) qui s'est développée en parallèle au programme-cadre. Par sa représentativité en Suisse romande, elle s'impose comme un partenaire incontournable en matière d'organisation de la formation, puisqu'elle est l'intermédiaire entre la CE et les organismes responsables de modules.

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

La période 1996-1999 est placée sous le signe de la transition, qui prend la forme d'une mise en œuvre conjointe de deux programmes en voie d'achèvement (ARIA et CONVERS) et d'un autre appelé à les remplacer (Programme-cadre de la CE).

Le Programme-cadre de la CE est en phase de démarrage. En effet la CE a été constituée en janvier 1996 et a d'emblée travaillé sur un nouveau concept de formation. Ce concept est achevé⁴³ en avril 1998, mais la mise au concours des modules a débuté en automne 1997 déjà pour la Suisse alémanique. Cette mise au concours des modules s'effectue deux fois par an et progressivement le nombre de modules et de prestataires augmente.

Les résultats actuels^y du programme-cadre sont : 15 modules ont été proposés entre le mois de mars 1998 et le mois d'avril 1999 en Suisse alémanique^z dans quatre domaines (travail social, psychologie, médecine et « autres »). Le nombre d'intervenants ayant suivi ces formations s'élève à 258 personnes. Cela représente 44 journées de formation ou 293 heures de cours (tableau 4d). Durant cette même période, seulement deux modules ont été proposés en Suisse romande par le programme-cadre, probablement en raison des ajustements qui doivent s'effectuer avec la FORDD.

Les prévisions pour 1999 sont de 18 modules en Suisse alémanique (dont 7 déjà réalisés à ce jour), et de 9 modules en Suisse romande (dont 2 déjà réalisés à ce jour). Pour le Tessin, un seul module est prévu pour 1999.

^y Etat au 27 avril 1999.

^z HFS Aargau, HFS Zentralschweitz, HFS Ostschweiz, Universität Zürich, ISF.

Tableau 4d

La formation continue en chiffres du 1er janvier 1998 au 27 avril 1999

	Participants	Journées de formation	Heures de cours	Equivalent jour de participant	Equivalent heure de participant
Programme-cadre Suisse alémanique (3.98-4.99) ⁴⁴	258	44	293	758	5048
Programme-cadre Suisse romande (3.98-4.99)	32	6	40	96	640
Programme-cadre Tessin (3.98-4.99)	0	0	0	0	0
ARIA (1998) ⁴⁵	379	non disp.	300	522	non disp.
CONVERS (1.98-6.98) ⁴⁶	112	25	non disp.	384	non disp.
Total	781	-	-	1760	-

Parmi ces données générales, il est utile de connaître la répartition en fonction des groupes-cible qui sont mentionnés dans les objectifs de la formation continue. Toutefois les informations disponibles sont incomplètes à ce sujet et les chiffres mentionnés dans le tableau 4e sont à prendre avec une certaine réserve, puisque les données sur ces groupes-cible ne sont pas présentées explicitement de la sorte dans les documents de référence.

Tableau 4e

Répartition des participants selon les groupes-cibles^{aa}

	Spécialistes	Ponctuellement concernés	Bénévoles	Total
Programme-cadre ^{bb}	98	160	-	258
ARIA	221	158	-	379
Convers	non disp.	non disp.	non disp.	-
Total	319	318	-	637

On observe une répartition plutôt inverse entre une majorité de spécialistes formés en Suisse romande et une majorité de « ponctuellement concernés » en Suisse alémanique, même si le total national montre une répartition équitable entre ces deux groupes. C'était d'ailleurs la philosophie qui régnait dans les programmes ARIA et CONVERS, dont hérite le programme-cadre, sans pour l'instant parvenir à contrecarrer cette situation. En outre, le groupe des bénévoles n'est pas touché par ces trois programmes de formation.

Cependant ces chiffres ne comprennent pas les autres actions de formation continue qui sont menées dans les autres domaines du ProMeDro, comme par exemple en matière de prévention ou de thérapie.

^{aa} Pour la même période que le tableau précédent, à savoir du 1^{er} janvier 1998 au 27 avril 1999.

^{bb} Les données actuellement disponibles concernent uniquement la Suisse alémanique.

^{cc} Pour un commentaire plus détaillé des différentes formes que peut prendre le contrôle, voir Kellerhals C, Gervasoni, JP. Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Raisons de santé 1999, 42).

Les médecins « ponctuellement concernés », un sous-groupe du deuxième groupe-cible, bénéficient d'une action complémentaire de formation menée à leur intention dans le cadre du nouveau programme MedRo-Tox débuté en juillet 1998 pour le Valais⁴⁷, en août 1998 pour Genève⁴⁸, en septembre 1998 pour Berne-Jura-Neuchâtel⁴⁹ (BEJUNE) et en octobre 1998⁵⁰ pour le canton de Fribourg. Ce programme fait suite au programme vaudois de Prévention et Perfectionnement des Médecins dans le domaine des Toxicomanies (PPMT).

Quel contrôle est exercé sur le développement de l'action ?

Le responsable de la formation à l'OFSP assure le suivi des programmes. Il a plusieurs moyens de contrôle^{cc} à sa disposition pour apprécier le développement de l'action.

Concernant la formation déjà en place, les programmes ARIA et CONVERS ont été évalués dans une étude comparative⁵¹ et des rapports d'activités lui parviennent régulièrement. Le contrôle est peut-être plus « rôdé » dans ce cas et les échanges d'information se font aisément puisque l'OFSP et ses partenaires collaborent ensemble depuis 1990^{52, 53}.

Pour le nouveau dispositif de formation, le responsable à l'OFSP est membre actif de la CE, ce qui le place en excellente position pour connaître les dernières avancées du programme-cadre. De plus, il est le mandataire de l'évaluation⁵⁴ qui débutera en juillet 1999 et qui sera consacrée à cette nouvelle politique en matière de formation.

En raison des interventions complémentaires de formation dans les autres domaines (prévention et recherche) du ProMeDro, un rôle de coordination avec ces actions s'effectue par des contacts quotidiens entre les collaborateurs de l'OFSP.

Par contre le contrôle sur le contenu des formations continues n'est pas assuré par l'OFSP. Cette responsabilité est répartie entre deux types d'acteurs: la CE se charge du contenu des modules interprofessionnels, et les «organismes responsables» (organismes de modules) définissent le contenu des modules intraprofessionnels. La certification de ces formations relève des «us et coutumes» de chaque profession, le programme-cadre n'intervenant pas à ce niveau.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

Le nouveau programme-cadre de la CE vise à réduire les problèmes d'harmonisation générés par les différences entre les approches de formation en Suisse romande (cycles de formation continue) et en Suisse alémanique (perfectionnement ponctuel selon les besoins). Les porteurs de ces formations avaient aussi quelques limites qui risquaient de réduire à terme la qualité des formations proposées. En effet des associations professionnelles sont structurellement moins bien équipées que des organismes reconnus de formation (écoles professionnelles, HES, universités, etc.), ce qui réduit la capacité d'accueil, la documentation disponible, etc. Le financement «artificiel» de ce type de structure par l'OFSP représente une dépense difficile à légitimer sur la durée, ce qui soulève la question de la durabilité de ces formations. Finalement certains «labels», c'est-à-dire la valeur représentative de la certification, ne sont pas aussi porteurs et donc moins attractifs que ceux attribués dans le cadre de filières officielles de formation, notamment pour les formations tertiaires (universités).

Un autre problème est lié à la pléthore d'offres de formation, ce qui engendre des rapports concurrentiels entre les différents organismes proposant ces formations. Ce climat n'est pas propice, selon l'OFSP, au développement du nouveau programme-cadre, car celui-ci suppose une collaboration entre les prestataires éventuels et une répartition des cours que cette concurrence rend difficile. C'est un peu paradoxal puisque ce problème est généré par le programme-cadre, dont la conception repose sur le principe de concurrence par la mise au concours de modules de formation.

De ce point de vue, la «réaction romande» à l'instauration du programme-cadre, par la création d'une fédération regroupant les organismes de formation (FORDD), est vue positivement par l'OFSP, même si cela ajoute un intermédiaire entre la CE et les organismes responsables. On notera que cette interprétation est plutôt optimiste car ce nouvel acteur risque bien d'avoir sa propre conception de la formation, et de contester celle émanant du programme-cadre.

Cette concurrence mentionnée plus haut explique peut-être une certaine lenteur pour démarrer le programme-cadre. En effet la CE a débuté ses travaux en 1996, et c'est seulement en 1998 que les 8 premiers modules sont proposés en Suisse alémanique, avec une croissance programmée à 16 ou 17 modules pour 1999. Pour la Suisse romande, seulement 9 modules sont prévus à partir de 1999. Pour le Tessin, la restructuration du seul prestataire de module a aussi entraîné du retard, ce qui fait qu'un seul module est prévu pour 1999, soit trois ans après le début du programme-cadre. Toutefois il faut bien considérer que cette offre de formation n'est pas la seule existante et que l'existence des programmes ARIA et CONVERS compense cet état de fait.

Conclusions

La mise en œuvre des objectifs identifiés dans la conception (pp. 31-33) de l'intervention de la Confédération dans le domaine de la formation continue et du perfectionnement semble avoir progressé dans la direction choisie, et l'OFSP a réussi à convaincre ses partenaires de rejoindre sa politique en la matière.

Pendant la période 1996-1999, les principes généraux du nouveau concept de formation ont été établis. Désormais en avril 1999, les principaux organismes responsables sont connus et la plupart des modules, ainsi que de leurs prestataires, sont acceptés par la CE et vont donc pouvoir être enseignés dans le courant de cette année encore.

La transition entre l'ancien et le nouveau concept de formation est désormais bien entamée. Elle a de bonnes chances d'aboutir pour janvier 2000, soit à la fin des programmes ARIA et CONVERS, mais le nombre de prestataires de modules est encore insuffisant pour se prononcer, notamment pour la Suisse romande et le Tessin.

Cette période est marquée également par l'apparition, en Suisse romande, d'un nouvel acteur dans le champ de la formation: la Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD). Cet acteur s'est d'emblée placé comme un intermédiaire incontournable entre la CE et les prestataires de formation romands.

On peut affirmer que le processus de professionnalisation et d'amélioration de la qualité de la formation dans le domaine des dépendances est en plein développement. Cette phase de construction d'un système complet, qui intègre les formations de base aux offres de spécialisations disséminées un peu partout dans le pays est l'aboutissement d'une assez longue période de « gestation », où les pionniers en la matière ont effectué un travail impressionnant de persuasion et de promotion de leur activité, deux éléments indispensables pour que les filières « traditionnelles » de formation acceptent d'aborder le thème des dépendances.

Recommandations

Il faut tenir compte des effets négatifs de la concurrence entre les prestataires de formation continue. Cette concurrence, même si elle est peut-être souhaitable d'un certain point de vue, peut en effet limiter la collaboration entre les différents prestataires, alors que cette collaboration est un point essentiel du nouveau concept.

Puisqu'un nouvel acteur s'est constitué dans le réseau romand, il est nécessaire d'adapter la gestion du programme-cadre à cette nouvelle situation. En particulier il faut tenir compte des synergies potentielles, positives et négatives^{dd}, qui peuvent s'établir entre la CE et la FORDD.

Etant donné l'avancement actuel du programme, il faut préciser au plus vite le contenu des modules et l'identité des prestataires manquants en Suisse romande et au Tessin, de manière à lancer la campagne d'inscription et débiter la formation sous cette nouvelle forme.

La situation du Tessin reste problématique car aucune offre de formation continue n'est actuellement disponible. Sachant que le facteur de proximité joue un rôle important dans la demande de formation, l'OFSP doit tout mettre en œuvre pour combler cette lacune.

Coordination

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine coordination ?

L'OFSP a mis en place un service spécialement consacré aux questions de coordination nationale: la Plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues^{ee} (ci-après KDS). Ce service assure le secrétariat, prépare les séances, rédige des procès-verbaux ou des prises de position. Il est également chargé, dans une certaine mesure, de la coordination entre les différentes plates-formes nationales (tableau 4f).

L'activité de coordination nationale, soutenue par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro, permet de mettre en contact des acteurs des différents niveaux (les cantons, les villes et les spécialistes du domaine de la toxicomanie) avec la Confédération. La KDS est un point commun entre les 7 plates-formes et permet à l'OFSP de centraliser l'information sur les développements des différents enjeux au sein de ces forums.

^{dd} Une synergie négative équivaut à un effet contre-productif sur le programme.

^{ee} Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz (KDS).

Tableau 4f

Plates-formes nationales dans le domaine de la toxicomanie

Nom	Fonction pour l'OFSP	Représentants (n)	N
Comité national de liaison pour les problèmes de dépendance <i>Nationaler Drogenausschuss: NDA</i>	Participe à ce que chaque localité, région ou administration ait une politique drogue qui soit adéquate et efficace dans ses mesures (organisation faitière).	Confédération (6) Cantons (6) Villes (6)	18
Conférence des délégués cantonaux aux questions de drogue <i>Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen: KKBS</i>	Soutient la diffusion du modèle des 4 piliers dans chaque canton	Cantons	20
Conférence des délégués des villes aux questions de drogue <i>Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen: SKBS</i>	Echange actif d'informations entre les villes	Villes	15
Commission fédérale pour les questions liées aux drogues <i>Eidgenössische Kommission für Drogenfragen: EKDF</i>	Conseille l'OFSP, le Département de l'intérieur et le Conseil fédéral	Experts (scientifiques, spécialistes de la toxicomanie, police, etc.)	14
Groupe de travail interdépartemental sur les drogues <i>Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen: IDAD</i>	Vise la meilleure acceptation possible du travail de chaque office à travers un échange d'informations et des accords mutuels	Offices fédéraux concernés: Santé publique, Assurances sociales, Police, Justice, Etrangers, Finances, etc.	12
Délégation de l'Association des villes suisses sur les questions de drogue <i>Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes: DSSIV</i>	Sensibilise la Confédération aux problèmes des villes	120 Villes	10-15
Groupe de travail Coordination avec la police CoPo <i>Arbeitsgruppe ZuPo</i>	Améliorer la compréhension et l'acceptation entre secteur social, santé et police	OFSP (3) OFP (1) Policiers (2) Chef police NE (1)	7

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

Ces différentes plates-formes ont abordé, depuis leurs créations respectives, un certain nombre de thèmes selon l'actualité qui les concerne plus directement. Selon les cas, une action concrète (audition d'un expert, prise de position publique, lettre au Conseil Fédéral, etc.) donne suite à ces réunions.

Un exemple récent est le rapport de la Commission fédérale sur les questions liées aux drogues (EKDF) sur le cannabis⁵⁵, ou encore les prises de position du Comité national de liaison pour les problèmes de dépendance (NDA) lors des débats précédents les initiatives Jeunesse sans drogue et Droleg. Ces deux dernières prises de position du NDA ont à chaque fois plébiscité la politique des 4 piliers de la Confédération. Par contre, il est d'autres thèmes, comme le financement des places de thérapie et la répression, où ces plates-formes ont critiqué les positions paradoxales des divers organes représentants la Confédération (offices fédéraux notamment).

Quel contrôle est exercé sur le développement de l'action ?

Dans ce domaine, on ne peut pas parler explicitement de contrôle puisque la vocation de la Confédération est d'organiser une collaboration nationale, en accord avec sa politique de persuasion et de « leadership non-autoritaire ».

Toutefois, l'OFSP peut suivre le développement de l'action puisqu'il participe, via la KDS, aux réunions de ces diverses plates-formes, en assure presque toujours le secrétariat et rédige souvent les prises de positions. Il est donc au centre de ces forums et constitue même un des acteurs potentiellement les mieux informés.

En mai 1999, l'OFSP a engagé un processus d'évaluation⁵⁶ de la KDS qui va lui procurer une appréciation de l'impact des diverses plates-formes de coordination à fin octobre 1999.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

Certains cantons acceptent difficilement que les villes soient représentées au niveau fédéral, même si ceux-ci ont été largement favorables (22 sur 26) à la création du NDA lors de la procédure de consultation⁵⁷. Si cette situation perdure, on peut craindre un blocage de l'activité du NDA^{ff}.

Les experts ont déjà mentionné (pp. 33-35) le peu de ressources⁹⁹ dont dispose la KDS, ce qui est en contradiction avec ses nombreux objectifs (améliorer le dialogue entre les responsables exécutifs, proposer des éléments de décision, recommander des critères et des normes, proposer des solutions, etc.)¹⁴.

Par ailleurs, certaines plates-formes n'ont elles-mêmes aucune compétence budgétaire, ce qui limite beaucoup leur influence et leur capacité d'action.

Conclusions

La mise en place des plates-formes ainsi que leur soutien logistique démontre la volonté de la Confédération de maintenir un leadership non autoritaire, basé

sur la persuasion et la prise en compte de tous les avis en présence.

Certaines questions demandent à être explicitées, notamment en rapport avec l'adéquation des ressources de la KDS, la capacité réelle des plates-formes à diffuser l'information qui leur est confiée ainsi que leur capacité à communiquer directement entre elles (sans passer par l'OFSP). Ces questions devraient être abordées par l'évaluation de la KDS (en cours)⁵⁸.

En vertu du rôle particulier de la Confédération en matière de coordination, les ressources consacrées à cette activité semblent dérisoires face à l'importance de cette tâche, au nombre de plates-formes existantes et aux objectifs assignés à la KDS. S'il est raisonnable de penser que l'échange d'information puisse bénéficier de la structure mise en place, il persiste par contre beaucoup d'inconnues sur la capacité réelle de ce dispositif en matière de coordination.

Recommandations

Les activités de coordination doivent être maintenues et consolidées par des ressources nettement plus importantes à l'usage des plates-formes.

La capacité réelle des plates-formes ne doit pas être surestimée: deux à trois réunions par an ne permettent pas toujours d'assurer la circulation de l'information.

Une augmentation des ressources de la KDS est indispensable pour pallier aux lacunes éventuelles dans la circulation de l'information ainsi qu'à l'atteinte de ses objectifs. Sinon une diminution du nombre de plates-formes est recommandée, en procédant par exemple à un regroupement en faveur du NDA.

^{ff} Cette situation a été évoquée lors d'une séance du Comité de pilotage de l'évaluation de la plate-forme drogue, Berne le 10.5.1999.

⁹⁹ L'OFSP assure la direction de la KDS, fournit un collaborateur scientifique à 80%, une secrétaire à plein-temps et alloue un budget annuel d'environ Fr. 100000.-. L'OFSP met également à disposition un collaborateur à plein temps qui se consacre à la coordination avec l'OFSP à travers le groupe de travail ZuPo.

Communautés migrantes

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du domaine communautés migrantes ?

Le travail de prévention des dépendances auprès des populations étrangères se fait à la fois auprès des communautés mêmes et auprès des institutions suisses. Ainsi le Service Migration de l'OFSP sert d'intermédiaire et cherche à améliorer l'accès des migrants à la prévention et aux soins. L'intervention directe auprès des communautés est menée par le Projet Migrants-Santé à l'Institut Tropical de Bâle (ITS). Dans le cadre de ce projet, 6 experts externes (total 460%) recrutent et forment des médiateurs, ceux-ci étant définis comme étant « membre d'une communauté donnée, disposant de réseaux étendus ou spécifique, qui facilite, entreprend ou accompagne une activité liée à la prévention dans sa communauté »⁵⁸. Le Projet Migrants-Santé compte environ 150 médiateurs issus des communautés italienne, de l'ancienne Yougoslavie (croate, albanaise, bosniaque, serbe), espagnole, portugaise, turque, latino-américaines, tamoule et africaines.

L'intervention dans ce domaine se base sur les principes du travail communautaire, en utilisant les réseaux communautaires existants, en promouvant l'entraide et la solidarité. La démarche de l'intervention prend en compte les spécificités culturelles et circonstancielles (historique de la migration, niveau d'intégration, etc.) de chaque communauté. Une action est menée auprès de la population générale de chaque communauté et également auprès des groupes cibles au sein de la communauté (femmes, jeunes adolescents, jeunes parents, familles ayant des problèmes de dépendances, etc.).

Quelles sont les actions entreprises et leurs résultats ?

L'information sur le sida et sur les dépendances est intégrée dans une problématique générale de migration et promotion de la santé, en cherchant à augmenter les compétences des communautés à prendre en charge leurs problèmes de santé. Ceci correspond à la demande des communautés elles-mêmes.

Un large éventail d'actions sont menées au sein des différentes communautés : interventions et projets dans les écoles de langue et de culture des communautés, formation de divers groupes (médiateurs, parents, leaders d'opinion), manifestations et séances d'information (débat, pièces de théâtre, soirées musicales, etc.), création des permanences téléphoniques, création de groupes d'entraide et de solidarité, création de services de consultation, cours de perfectionnement, coopération avec d'autres projets de prévention et avec des institutions suisses, publication et diffusion d'informations par les médias écrits et audiovisuels, distribution du matériel éducatif, sensibilisation des professionnels et des institutions suisses aux questions de migration⁵⁸.

Même s'il est souvent difficile, en raison de l'approche globale de la santé choisie, de déterminer la part qui concerne les dépendances dans les activités précitées, certains travaux plus ciblés sur cette problématique peuvent être identifiés. Certains médiateurs sont par exemple plus spécifiquement formés pour travailler sur les questions de dépendances. La communauté italienne, à travers le Centro Scuola e Famiglia delle Colonie Libere Italiane, a notamment été active dans le domaine des dépendances, ces activités précédant le commencement du ProMeDro. Une étude sur les dépendances dans la communauté italienne, menée par l'Institut d'ethnologie à Berne, est également en cours. Le travail avec les institutions suisses serait lui aussi en augmentation.

Un contrat a récemment été conclu pour le développement et la rédaction d'un guide de bonnes pratiques dans le domaine de la prévention et de la santé communautaire à l'intention des milieux institutionnels suisses.

Quel contrôle est exercé sur le développement de l'action ?

Le Service Migration de l'OFSP est responsable de la supervision des experts, et les experts, à leur tour, supervisent le travail des médiateurs. Des réunions entre le Service Migration et les experts ont lieu tous les mois, et des rapports d'activité mensuels sont fournis au Service Migration par les experts. L'adjoint du service accompagne une fois par mois un expert lors d'une séance d'information ou d'animation. Des retraites de trois jours pour discuter des questions de fond ont également lieu deux fois par an.

Quels sont les problèmes rencontrés ?

La prise en compte des questions relatives aux dépendances ont rendu les tâches du Projet Migrants-Santé, intervenant initialement sur le sida, plus complexes. Dans un premier temps, il a été difficile de convaincre certaines communautés de la réalité du problème des dépendances au sein de leur communauté, mais ensuite l'engagement des communautés à ce propos est jugé « au-delà de toute espérance ». L'absence de statistiques sur le sujet de la migration et des dépendances ne facilite pas le travail de sensibilisation à cette problématique (vers les communautés ainsi que les institutions suisses).

En 1998 et 1999 respectivement, le responsable ainsi que l'adjoint du Service Migration ont quitté leurs fonctions, la transition engendrée n'ayant pas facilité le contrôle exercé sur le développement de l'action. Notamment, après le premier départ, celui du responsable du service, le pilotage n'a pu être assuré que par une seule personne, ce qui n'a pas été suffisant en regard des tâches à effectuer. De cette façon, une certaine perte de contrôle a pu être constatée, ainsi qu'une frustration de la part des experts face à cette moindre disponibilité du personnel de l'OFSP¹⁵.

Sinon, on relève les problèmes suivants :

- la priorité accordée à la question des dépendances est variable selon les différentes communautés et les événements en cours ; d'autres questions plus pressantes étant plus préoccupantes pour les migrants (avenir en Suisse, travail, logement, moyens, etc.) ;

- le succès du Projet Migrants-Santé mène à une sollicitation excessive du Service Migration et du projet ; toutes les demandes des communautés ne peuvent pas être satisfaites ;
- la nécessité d'accroître et d'améliorer la formation, la supervision et l'accompagnement des médiateurs et des multiplicateurs ;
- la nécessité de mettre au point le savoir-faire et les compétences acquises pour les mettre à disposition des personnes externes.

Conclusions

Le Service Migration de l'OFSP ainsi que le Projet Migrants-Santé ont une activité importante et sont bien reçus par les communautés étrangères.

L'approche choisie par le Service Migration est appropriée, mais elle pose des problèmes en termes de surcharge de travail.

La façon dont s'est passé le changement du personnel à l'OFSP a posé des difficultés pour le contrôle du travail.

Il y a un manque de données épidémiologiques en rapport avec la problématique des dépendances chez les populations étrangères.

Recommandations

Le soutien au travail du Service Migration devrait être maintenu.

En raison de l'étendue du champ d'intervention, des priorités doivent être clairement fixées pour le Service Migration ainsi que pour le Projet Migrants-Santé.

L'OFSP devrait soutenir une réflexion sur la question des données épidémiologiques manquantes. La récolte de ces données ne devraient pas aggraver le risque de stigmatisation de ces communautés.

Conclusions et recommandations

Les conclusions et recommandations portant plus spécifiquement sur le lien entre la conception/ planification du ProMeDro et l'état actuel de sa mise en œuvre sont présentées en premier suivies pas d'autres conclusions et recommandations portant uniquement sur la mise en œuvre.

Conclusions sur le lien entre la conception/ planification et la mise en œuvre

- La mise en œuvre des actions du ProMeDro dans les domaines d'activités qui le composent rejoint de manière générale la conception/ planification effectuée auparavant par les collaborateurs de l'OFSP. Toutefois, l'état d'avancement des actions est très variable d'un domaine à l'autre.
- De manière générale on peut constater que plus la formulation de la conception/ planification a été complexe et comporte de nombreux secteurs d'interventions, de nombreux partenaires ou de nombreux objectifs à atteindre avec des ressources limitées, moins la mise en œuvre des actions de l'ensemble du domaine d'activité concerné est aujourd'hui avancée.
- Le développement de théories d'action lors de la phase d'évaluation de la conception/ planification a facilité le choix d'indicateurs portant sur la mise en œuvre de l'action de l'OFSP et permettra une évaluation plus adéquate et plus transparente.
- La plupart des actions développées par l'OFSP rejoignent les quatre modes d'action principaux conçus et planifiés pour le ProMeDro (p. 7).

Recommandations sur le lien entre la conception/ planification et la mise en œuvre

- Les domaines d'activités qui connaissent un retard dans la mise en œuvre de leurs actions devraient être analysés, afin de savoir si des lacunes relevées dans la phase de conception/ planification expliquent ce retard ou si celui-ci trouve son origine dans la complexité même du domaine et/ou dans une allocation de ressources insuffisante, pour pouvoir procéder aux réajustements nécessaires.
- Une deuxième série de constructions d'une théorie d'action par domaine devrait être effectuée pour déterminer quels sont les écarts et les lacunes existantes entre deux phases du ProMeDro. Cette approche permettrait aussi de développer plus avant des priorités dans les domaines d'activités pour lesquels elles n'avaient pas encore été conçues et planifiées.
- Une réflexion sur les éléments de synergie des quatre modes d'action principaux entre les domaines du ProMeDro devrait être menée par l'OFSP. Le recours à la théorie d'action globale développée par l'UEPP pourrait servir à une approche conceptuelle de cette réflexion.

Conclusions et recommandations sur la mise en œuvre

Les buts généraux de l'évaluation décrits au chapitre 2, précisent que celle-ci doit fournir une information qui puisse contribuer à l'amélioration des mesures prises par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro et aider les responsables du développement et de la mise en œuvre à prendre des décisions adéquates. Les conclusions et recommandations présentées ci-dessous, portent sur l'analyse de la mise en œuvre de la période 1996 à début 1999 et devraient fournir à l'OFSP les éléments nécessaires au réajustement de son action.

Comme pour le chapitre de la conception/planification (pp. 40-44) les conclusions sont présentées sous la forme de réponses aux questions d'évaluation suivies de recommandations.

Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du ProMeDro?

La répartition du travail au sein de l'OFSP est complexe et les principales faiblesses de la conception/planification relevées par l'évaluation ont déjà donné lieu à certains réajustements visant notamment l'amélioration de la coordination interne (groupe prévention, groupe de coordination interne, etc.). Toutefois cette coordination reste encore insuffisante notamment entre les domaines de la recherche, de l'évaluation et de l'épidémiologie.

L'OFSP a réussi à mettre en pratique le passage programmé d'une logique d'action de sa politique (MaPaDro) vers une logique de coordination (ProMeDro).

Les collaborateurs de l'OFSP concentrent de plus en plus leur travail direct à un niveau cantonal ou régional, ainsi qu'auprès d'autres acteurs centraux.

Une part de plus en plus importante de l'action de l'OFSP est déléguée à des partenaires externes (délégataires) et ceci notamment dans les trois piliers de la politique drogue qui sont de son ressort.

Comme dans le cadre du MaPaDro, l'OFSP mandate de nombreuses actions au sein de son réseau national de partenaires qui s'est considérablement étoffé depuis le début de son activité. Le nombre de ces mandats a néanmoins diminué durant la période 1996-1999 au profit de délégataires bien implantés coordonnant l'action dans leur champ de travail (COSTE, RADIX, OSEO par exemple).

L'OFSP a également recouru à de nombreux groupes de travail, de pilotage, de supervision, d'experts.

Recommandations

- La complexité de l'organisation du travail de l'OFSP (interne et vers l'extérieur) dans le domaine de la toxicomanie, nécessite de renforcer encore la coordination déjà mise en place.
- Le recours de plus en plus fréquent à des pratiques de délégation, mérite que l'OFSP développe la réflexion autour des flux d'information partant et venant des délégataires et assure la continuité de leur supervision/suivi.
- Les rôles et les fonctions des nombreux groupes de travail mis en place par l'OFSP, devraient faire l'objet d'une étude spécifique, afin d'en dégager les modèles les plus pertinents pour l'OFSP en fonction de l'action telle que planifiée, comme cela a été le cas pour l'étude sur les modes de délégation.

Quelles sont les actions entreprises et leur résultats (outputs intermédiaires)?

De nombreuses actions ont été entreprises par l'OFSP contribuant dans l'ensemble à une meilleure couverture nationale et cela dans tous les domaines concernés.

Le soutien financier s'accompagne plus fréquemment d'une procédure d'appel d'offres ciblé ou ouvert, et ce particulièrement pour les projets d'envergure. Ce moyen permet de faire émerger de nouvelles idées et de faire apparaître des acteurs encore inconnus de l'OFSP.

L'innovation dans des domaines sensibles (prescription d'héroïne, prisons) continue à porter ses fruits et favorise le dialogue et l'ouverture tant au niveau national qu'international.

Les nombreux produits d'information développés par l'OFSP (spectra, Infoset direct, manuels de référence, prises de position relatives aux votations, répertoires, statistiques nationales, etc.) ainsi que l'organisation et le soutien de conférences régionales, nationales et internationales ont fortement contribué à l'acceptation du modèle des quatre piliers.

Le développement du travail sur la qualité, annoncé par l'OFSP, en est encore à ses débuts et certains domaines sont plus avancés que d'autres (traitement résidentiel notamment).

Les partenaires de l'OFSP ont été nombreux à participer à ses actions et à faire usage de ses produits.

Recommandations

- La réalisation du large éventail d'actions conduites directement ou indirectement par l'OFSP s'appuie sur un budget important. En conséquence l'OFSP devrait déjà prévoir de quelle manière il devrait réajuster son action si son budget venait à diminuer.
- Dans ce sens la réflexion en cours sur l'ancrage et l'institutionnalisation des projets portés par ses partenaires externes mérite d'être renforcée.

- L'OFSP doit veiller, par une politique d'information et de feed-back renforcée, à ne pas décevoir le réseau de partenaires constitué au fil du temps et qui a été fortement sollicité par des demandes diverses et de nombreux questionnaires.

- Si l'OFSP entend atteindre ses objectifs ambitieux dans le domaine de la qualité, il devra encore renforcer son action en la matière.

Quel contrôle exerce-t-il sur le développement de son action ?

L'OFSP utilise deux types de contrôle: d'une part, un contrôle formel sous la forme de contrats, d'évaluations externes, de commissions de contrôle et, d'autre part, un contrôle plus informel par le biais de fréquents contacts, de collaborations directes, d'échanges d'informations. Le plus souvent le contrôle réel de ses actions est constitué d'une combinaison de ces deux types.

L'expérience acquise lors du MaPaDro a donné le jour à des contrats de plus en plus détaillés permettant ainsi à l'OFSP, en principe, de mieux contrôler son action.

Une part de plus en plus importante de l'action est contrôlée directement par les délégataires de l'OFSP.

La volonté affichée d'évaluer sa politique, comme dans le domaine du sida, ainsi que le recours à des évaluations externes de plus en plus ciblées sur ses actions clés permettent à l'OFSP de développer son action de manière cohérente.

Toutefois la continuité du contrôle et sa qualité ne sont pas toujours optimaux.

Dans les situations où l'OFSP n'a pas d'autorité formelle il agit plus par le biais de la négociation et de la persuasion renforçant ainsi son mode de faire incitatif.

Recommandations

- L'OFSP devra veiller à améliorer la transparence de ses modes de contrôle en particulier dans le cadre de son travail avec les délégataires.
- Une meilleure coordination des évaluations externes est à développer pour profiter au mieux des synergies possibles entre elles et ainsi renforcer le contrôle de l'OFSP sur son action.

Quels sont les problèmes rencontrés et les moyens trouvés pour y remédier ?

Deux grandes catégories de problèmes émergent durant cette phase d'évaluation. Ceux qui se situent à l'extérieur et ceux situés à l'intérieur de l'OFSP.

Au niveau externe, on retiendra essentiellement les problèmes liés au choix parfois trop précipité de certains délégataires (pp. 87-94). Les résistances cantonales se sont quant à elles fortement réduites, restant tout de même encore présentes dans le domaine de la coordination. Dans certains cas le volume d'activités attendu par l'OFSP de la part de ses délégataires est trop important en regard des ressources allouées, bien que les nouveaux cahiers des charges et les soutiens financiers des cas problématiques (COSTE, OSEO) semblent maintenant plus adéquats.

Au niveau interne, deux domaines (évaluation et épidémiologie) semblent ne pas être suffisamment soutenus par l'OFSP, pour pouvoir développer correctement l'action planifiée. L'investissement important des collaborateurs de l'OFSP, en raison de la préparation des votations pendant la période 1996-1999, a également occasionné un certain retard dans la mise en œuvre planifiée, bien que moindre par rapport à celui lié à la conception/planification (pp. 36-39).

A la frontière entre l'externe et l'interne on trouve les problèmes liés au départ de certains collaborateurs de l'OFSP et le remplacement tardif de leurs postes. La plupart du temps heureusement, cela n'a eu que peu de conséquences sur l'action en cours, en raison de l'existence de délégataires pouvant agir comme filet de sécurité et palier certaines absences. Toutefois, comme cela a été mentionné ci-dessus, cet état de fait a toujours engendré une surcharge de travail importante pour ces délégataires.

Recommandations

- Le temps consacré à la préparation des projets et le recours plus systématique à des experts extérieurs lors de cette phase, ainsi que l'anticipation des effets attendus et d'éventuelles modifications de l'environnement, doit encore augmenter.
- La marge de manœuvre limitée de l'OFSP en raison de la LStup actuelle doit conduire celui-ci à proposer une modification du cadre légal dans lequel son action se situe.
- Dans la mesure où l'OFSP s'appuie beaucoup sur la délégation, le renouvellement des postes doit être immédiat, afin que l'expérience et l'information puissent être transmises de manière optimale.

Références bibliographiques

- ¹ OFSP (Office fédéral de la santé publique). *Programmes de prévention de l'OFSP pour les jeunes*. Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1997.
- ² Kellerhals C, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 42).
- ³ Badan P, Dumont P, Gaberel PE, et al. *Evaluation du programme-cadre «Ecoles et santé»: premier rapport intermédiaire*. Genève: CEPES (Collectif d'Evaluation du Programme-cadre Ecoles et santé); 1999.
- ⁴ Communication de la responsable du projet lors de la dernière Erfa-Tagung de l'OFSP en novembre 1998.
- ⁵ Radix. Radix, editor. *1997/1998 Promotion de la santé: entre programmes nationaux et projets locaux*. Zürich. 1999.
- ⁶ Krucker S, Wicki W. *Projet «Prévention des dépendances dans les institutions pour enfants et adolescents»: évaluation: version brève*. Berne: Universität Bern Institut für Psychologie; 1997.
- ⁷ Fil rouge. *Rapport 1998 du projet Fil rouge*. 1999.
- ⁸ HFS Zentralschweiz. *Fil rouge – Suchtprävention in Kinder- und Jugendheime: erster Zwischenbericht 1988*. Luzern: HFS Zentralschweiz; 1999.
- ⁹ Zobel F, Jeannin A, and Gervasoni JP. *Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 43).
- ¹⁰ COSTE (Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue). *Stationäre Therapieangebote im Drogenbereich = Offres de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues = Offerte di trattamento residenziale inerenti i problemi di droga*. Berne: CDAS (Conférence des Directeurs cantonaux des Affaires sociales); OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1998.
- ¹¹ Wettach RHU, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. *Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsqualität von ambulanten und stationären Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige: Schlussbericht*. ISF (Institut für Suchtforschung); 1997. (Bericht Nr. 39).
- ¹² ISF. *MIDES résidentiel: instrument modulaire pour la description de traitements résidentiels contre la toxicomanie*. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1999.
- ¹³ Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. *Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1998 (Raisons de santé, 20a).
- ¹⁴ *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; 1999.
- ¹⁵ Kellerhals Ch, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'OFSP dans le cadre de ProMeDro*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 42).

- ¹⁶ Fabian C, Schönholzer St, Hornung R. *Evaluation der Koste: 2. Zwischenbericht*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie; 1998.
- ¹⁷ Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. *Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport de synthèse*. Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997. (VIII).
- ¹⁸ WHO. *Report of the external panel on the evaluation of the Swiss Scientific Studies of medically prescribed narcotics to drug addicts*. Genève: World Health Organization.
- ¹⁹ Sucht und Invalidität: Synthesebericht zum ExpertInnenhearing: Hearing durchgeführt in zwei Teilen am 5.12.97 und 19.1.98 in Bern, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bern: Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich; 1998./Uchtenhagen A, Arnold J, Dobler-Mikola A et al. *Sucht und Invalidität: Empirische Befunde zur Erwerbstätigkeit und Invalidisierung Drogenabhängiger*. [S.I.]: ISF (Institut für Suchtforschung); 1998. (60). Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung.
- ²⁰ Duc JL. *Problèmes liés à la dépendance aux drogues ou à l'alcool: examen du point de vue des assurances-maladie et invalidité*. Lausanne: IRAL (Institut de recherches sur le droit de la responsabilité civile et des assurances); 1998.
- ²¹ COSTE. *Deuxième rapport d'activité de COSTE: 1er juin 1997 – 31 décembre 1998*. Berne: COSTE, Office fédéral de la santé publique; 1999: 28.
- ²² Ernst ML, Rottenmanner I, Spreyermann C. *Frauen – Sucht – Perspektiven: Grundlagen zur Entwicklung und Förderung Frauenspezifischer Drogenarbeit*. Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen; 1995.
- ²³ D'Alessandri S, Axilais MC, Bernard V. et al. *Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande: enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes*. Lausanne: Groupe de travail Femmes, dépendances; 1998.
- ²⁴ Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO-SAH). *Rapports d'activités 1996, 1997, 1998*. Fribourg: Bureau de promotion de l'OSEO; 1996,1997,1998.
- ²⁵ Lindemeyer H, Rafeld A, Steiner V, et al. *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'aides à la survie*. Fribourg: Bureau de promotion de l'oeuvre suisse d'entraide ouvrière; 1997.
- ²⁶ OFSP (Office fédéral de la santé publique). *Réduire les dommages dans les zones périphériques*. Spectra – Prévention et promotion de la santé. 1998; 11: 3.
- ²⁷ OFSP (Office fédéral de la santé publique). *Prévenir l'hépatite chez les toxicomanes*. Spectra – Prévention et promotion de la santé. 1999; 15: 3.
- ²⁸ Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 29).
- ²⁹ Benninghoff F. *Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse 1993-1997*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998.

- ³⁰ Centre of disease control. *Update: Syringe Exchange Programms United States 1997*. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 1998; 47 (31).
- ³¹ Noël L, Parent R, Tremblay J, Coutier R. *Monitorage des clientèles des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec*. Québec: Centre de santé publique de Québec; 1998.
- ³² Fahrenkrug H, Rehm J, Müller R, Klingemann H, Linder R. *Drogues illégales en Suisse 1990-1993*. Zurich: Seismo; 1995.
- ³³ Lurie P, Gorsky R, Jones TS, Shomphe L. *An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programms to increase sterile syringe availability for injection drug users*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998; 18 (Supp 1): S126-32.
- ³⁴ Rémis R, Leclerc P, Vandal A. *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 1998.
- ³⁵ Office fédéral de la santé publique. *Prévention du VIH en Suisse: buts, stratégies, mesures*. Berne: Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés sida; 1993.
- ³⁶ Hausser D. *Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses: Analyse secondaire sur la base de la littérature disponible*. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et préventive; 1999 (Raisons de Santé, 40).
- ³⁷ Karger T, Rhiner M. *Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und Massnahmen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der Schweiz*. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1998.
- ³⁸ Zobel F, Jeannin A, Gervasoni JP. *Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Raisons de santé 1999, 43).
- ³⁹ *Résultats de la Statistique nationale des traitements à la méthadone pour les deux années pilote 1996 et 1997*. Bulletin de l'Office fédéral de la Santé publique. 1998; 79 (40): 5-6.
- ⁴⁰ OFSP. *Recherches de l'OFSP en matières de dépendances 1993-1996*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1997.
- ⁴¹ BAG. *Supra-f Suchtpräventionsforschung bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen. Forschungskonzept*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1998.
- ⁴² Meier C. *Guide pour l'auto-évaluation de projets sur l'exemple de la prévention de la violence et des toxicomanies*. Berne: Unité de recherche en matière de santé de l'IMS; 1997.
- ⁴³ Commission d'experts de l'OFSP. *Formation dans le domaine des dépendances: promotion de la formation continue en matière de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illégales, concept*. Berne: Office fédéral de la santé publique; Commission d'experts; 1998.
- ⁴⁴ KWB. *Gesamtstatistik Deutschweiz*. Bern: Universität Bern; Koordinationsstelle für Weiterbildung; 1999.
- ⁴⁵ GREAT. *Rapport annuel 1998: perfectionnement professionnel ARIA*. Yverdon: Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies; 1998.
- ⁴⁶ Convers. *Fort- und Weiterbildung ehemals Convers II: Bericht für die Zeitperiode 1. Januar 1998 – 30. Juni 1998*. Olten: Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz; 1998.
- ⁴⁷ Contrat OFSP 316.98.6259
- ⁴⁸ Contrat OFSP 316.98.6263
- ⁴⁹ Contrat OFSP 98.000660 [6285]
- ⁵⁰ Contrat OFSP 98.000750

- ⁵¹ Wicki M. *Komparative Evaluation zweier Fort- und Weiterbildungsprojekte im Suchtbereich: Studie der Koordinationsstelle für Weiterbildung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. 13 ed.* Bern: Universität Bern Koordinationsstelle für Weiterbildung; 1994. (IV).
- ⁵² VSD. *Konzept Fortbildung im Suchtbereich.* Olten: Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz; 1990.
- ⁵³ Neu E. *Concept de formation des intervenant-es en toxicomanie et en alcoolisme.* Oron-le-Châtel: Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT); 1991.
- ⁵⁴ Ronco C. *Politique de formation en matière de dépendances de l'OFSP. Mandat d'évaluation.* Berne: Office fédéral de la santé publique; 1999.
- ⁵⁵ Commission fédérale pour les questions liées à la drogue. *Rapport sur le cannabis.* Berne: Office fédéral de la santé publique; 1999.
- ⁵⁶ Cattacin S. *Proposition d'évaluation de la «plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues».* Genève: Université de Genève, RESOP; 1998.
- ⁵⁷ OFSP. *Résumé de consultation, 10.4.1996. Cité par D. Oesch dans un document préparatoire de l'évaluation de la KDS menée par le RESOP.* Berne: Office fédéral de la santé publique; 1996.
- ⁵⁸ Oesch D, Cattacin S, Verkooyen E. Coordination, modération, information. *Evaluation de la «plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues».* Rapport de recherche établi pour l'Office fédéral de la santé publique. Université de Genève: resop, 1999 (à paraître).
- ⁵⁹ Service Migration, OFSP. *Le projet migrants: rapport intermédiaire 1995-1997.* Berne: Office fédéral de la santé publique, Service Migration; 1997.

Les modes de délégation de l'OFSP¹

Introduction

La délégation se pratique couramment à l'OFSP, qui associe un grand nombre de partenaires à la mise en œuvre de sa politique, notamment en matière de lutte contre la toxicomanie. Lorsque l'OFSP confie à ses partenaires (organismes institutionnels, associatifs ou privés) des tâches qui relèvent directement de sa responsabilité, cette opération est assimilée à de la délégation. Ce terme est largement utilisé dans le domaine de l'administration publique: il signifie schématiquement qu'**une administration transfère à un tiers tout ou partie d'une tâche ou d'une fonction qui lui a été attribuée par le gouvernement ou la législation.**

Déléguer ne permet pas seulement à l'OFSP de diminuer sa charge de travail: ce procédé lui permet aussi d'impliquer les citoyens dans sa politique et d'étendre au mieux son influence par le biais de ses partenaires. Mais, en déléguant, l'OFSP s'expose aussi à un risque, puisque son autorité et son autonomie sont partiellement mises en jeu. Il s'agira donc de limiter ce risque par divers moyens, tels que négociation, contrat, système de contrôle, etc.

L'objectif de cette étude est donc d'identifier, de décrire et d'évaluer les différents types de délégation adoptés par l'OFSP dans la période 1991-1998. Trois questions résument celles formellement inscrites dans le protocole d'étude: dans quel but l'OFSP recourt à une délégation, comment se pratique celle-ci, et quelles en sont les conséquences.

Méthode

Nous avons opté pour une démarche de recherche en deux temps, dite « inductive »^a: il s'agit d'abord de recueillir un corpus de données susceptibles de fournir des informations au sujet de l'objet d'étude, pour ensuite constituer un cadre d'analyse des modes de délégation². Puis, dans un deuxième temps, de procéder à l'évaluation de ces derniers.

Dans ce cadre, les pratiques de la délégation au sein de l'OFSP ont été observées selon une approche qualitative, consistant à réaliser des « analyses de cas ». Après concertation avec l'OFSP, dix-huit cas ont été retenus. Les analyses privilégient l'étude en profondeur, en confrontant plusieurs sources d'information (entretiens) et en faisant recours à l'analyse de documents.

Pour la majorité des cas, nous avons effectué trois types d'entretiens:

- avec un responsable stratégique de l'OFSP;
- avec les répondants de l'OFSP pour le cas de délégation en question;
- avec les délégataires. Une base de donnée a été créée et mise à jour de façon à systématiser la récolte des données et l'analyse. Parallèlement à cette base, chaque cas de délégation a fait l'objet d'un dossier comprenant les documents disponibles (rapports d'activité, évaluations de projet, publications) et les retranscriptions intégrales des entretiens réalisés.

Les cas de délégation ont été soumis à une analyse systématique, grâce à la mise en place progressive d'une grille d'analyse. Chaque rubrique de cette grille constitue un thème d'analyse, que l'approfondissement de chacun des dossiers a permis d'illustrer. Ces rubriques ont ensuite été complétées de façon à fournir une synthèse de l'information contenue dans les dossiers.

^a Par opposition à la démarche hypothético-déductive, qui privilégie l'énoncé d'une hypothèse, puis sa vérification à l'aide d'une récolte de données ad hoc.

Les principales dimensions identifiées dans la pratique de délégation de l'OFSP

Cette étude a permis de mettre en évidence cinq dimensions dont dépend le mode de délégation de l'OFSP :

- **l'hypothèse** relative à l'efficacité de cette délégation. On pense ainsi obtenir un effet d'incitation, un effet de boule de neige, ou encore, augmenter par ce biais la légitimité d'action, l'efficacité, la durée de vie du projet. On peut aussi vouloir tester un programme, recourir à une compétence additionnelle, profiter d'un partenariat, se rapprocher du « terrain ». *Exemple : une organisation de jeunes est mieux placée qu'une administration fédérale pour faire de la prévention auprès des jeunes ;*
- la **fonction** qui est déléguée. L'OFSP transfère la promotion et la diffusion de projets, la coordination, la sélection et la gestion des demandes de soutien, le conseil, l'information et la sensibilisation, la définition de stratégies particulières (traitement, formation), et, bien sûr, il transfère aussi la réalisation des interventions. *Exemple : la prévention dans les communautés de migrants est confiée à des médiateurs, mais la direction opérationnelle reste du ressort de l'OFSP ;*
- la procédure de **sélection du délégataire**. Un acteur est identifié pour ses compétences ou suite à un appel d'offres, parce qu'il occupe une position stratégique (organisation faitière) ou parce qu'il est un partenaire habituel de l'OFSP. Il y a aussi les délégataires désignés d'office, comme ceux qui proposent un projet d'intervention. *Exemple : le délégataire a été à l'origine du projet, ce qui rend inutile une procédure de sélection par appel d'offre ;*
- le **type de contrôle** (y compris le pilotage) exercé sur le délégataire. Le contrôle peut être très formel (contrat, commission de contrôle) ou plus informel (contacts fréquents, collaboration, échanges). Il existe aussi des cas où aucun contrôle n'est mis en place. *Exemple : le contrat détermine les conditions, les objectifs attendus et les dates auxquelles sont prévus les rapports. En revanche, l'orientation du projet s'effectue par le biais de nombreux contacts informels ;*

- les **moyens** engagés. Le transfert de fonction peut s'accompagner de ressources adaptées ou non au cahier des charges. *Exemple : le mandat octroyé permet le financement de deux postes, mais le cahier des charges du projet en nécessite le double.*

Ces dimensions constituent les principaux éléments à gérer par l'OFSP lors d'une délégation. Elles se retrouvent dans tous les cas analysés, mais leur traitement diffère selon le type de délégation (cf. ci-dessous).

Réponse aux questions d'évaluation

Quelles sont les charges déléguées ?

L'OFSP recourt essentiellement à des partenaires pour des missions de promotion, de gestion et de réalisation de projets d'intervention, de coordination au niveau national, de promotion d'une innovation et de participation à l'élaboration de la politique fédérale.

Le recours aux Centrales de promotion (annexe 5b), comme le Bureau de promotion d'aide à la survie (OSEO), permet de fortement soulager l'OFSP dans sa mission de mise en œuvre des trois piliers de la politique fédérale de lutte contre la toxicomanie (prévention, traitement et réintégration, réduction des risques et aide à la survie).

Si l'on considère l'activité de l'OFSP de manière plus générale, il apparaît que l'OFSP conserve en son sein certaines fonctions stratégiques, telle la conception et la planification de sa politique en matière d'intervention ou la coordination et l'incitation des acteurs des trois niveaux (fédéral, cantonal et communal) à rejoindre sa politique (plates-formes). Toutefois, pour accroître l'impact de ce type d'activité, l'OFSP en délègue une partie : son action est ainsi dédoublée sur presque tous les plans par des partenaires de confiance, qui endossent des missions pour le compte de l'OFSP. Concernant plus spécifiquement les cas de délégation étudiés, les fonctions conservées par l'OFSP sont surtout le pilotage (direction, orientation, contrôle) et la coordination des projets d'intervention.

Quels sont les divers modes de délégation utilisés par l'OFSP ?

Cette étude a permis de définir quatre modes de délégation. Ceux-ci délimitent le cadre conceptuel dans lequel s'opèrent les délégations. C'est pourquoi leur définition traduit uniquement l'orientation générale donnée à la délégation. Il est bien entendu que la façon de déléguer à l'intérieur de chaque mode dépend fortement de la capacité de gestion des cinq dimensions identifiées (p. 88), les définitions ci-dessous ne constituant qu'un point de départ. Les quatre modes sont présentés du plus simple au plus compliqué, selon leur stratégie (cf. ci-après) qui, progressivement, prend en compte un nombre croissant de considérations socio-politiques.

- Le mode **«soutien»**: l'action est généralement proposée par un tiers (situation bottom-up). L'OFSP accorde son soutien car la forme d'intervention proposée fait défaut et s'avère en accord avec sa stratégie. Dans ce type de délégation, l'OFSP ajoute souvent la dimension nationale et demande l'extension du projet aux autres cantons. La marge de manœuvre du délégataire est très grande, mais on attend de lui des résultats précis. Le projet VOILA, par exemple, existait avant même l'apparition du premier paquet de mesures de la Confédération, et avait initialement reçu de simples contributions financières. Puis, progressivement, l'OFSP s'y est impliqué jusqu'à en devenir le principal investisseur et à en définir les grands objectifs.
- Le mode **«centralisé»**: l'action déléguée est prévue pour être pilotée par l'OFSP directement, qui garde un contrôle serré du projet. Celui-ci est conçu pour être mis en œuvre de façon centralisée, c'est-à-dire avec une coordination nationale et une certaine indépendance par rapport aux cantons. C'est le cas, par exemple, de la suite donnée aux phases I et II des programmes ARIA et CONVERS de formation continue des intervenants en toxicomanie: là, l'OFSP a spécialement mandaté une commission d'experts pour organiser cette formation. L'OFSP y est représenté tout en étant dans la position de mandant. De plus, il garde la maîtrise du projet, puisque la commission d'experts n'a formellement qu'un rôle consultatif.

- Le mode **«décentralisé»**: l'action envisagée est projetée par l'OFSP (situation top-down), mais sa mise en œuvre est soumise à une contrainte: soit elle relève de la responsabilité cantonale et l'OFSP doit alors s'associer à des autorités cantonales, soit la teneur de l'action nécessite l'intervention d'un «relais» (intermédiaire). Il en a été ainsi pour le programme Santé-jeunesse de promotion de la santé dans les écoles. L'éducation et l'enseignement relevant de la responsabilité des cantons, l'OFSP a besoin de la participation des autorités cantonales pour légitimer son intervention.
- Le mode **«réflexif»**: déléguer l'action fait là délibérément partie d'une politique publique (vision programmatique). Il s'agit d'inciter les cantons et les communes, notamment, à poursuivre les efforts de la Confédération par le biais d'autres acteurs (locaux)³. C'est le cas de la Centrale de promotion COSTE, créée en réponse aux recommandations du rapport Reha 2000 relevant des lacunes dans l'offre de thérapies résidentielles. L'OFSP s'est assuré la collaboration de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) pour monter ce projet. Son activité principale de coordination, ainsi que toute une série d'interventions thématiques ou ponctuelles, font de ce projet un véritable outil de persuasion des acteurs cantonaux, mais également un moyen pour la Confédération de connaître, en retour, les préoccupations de ces derniers.

On notera que ces modes de délégation ne sont pas mutuellement exclusifs: il existe des cas d'intersection entre deux modes (exemple: entre «soutien» et «décentralisé»), et, plus souvent encore, des cas où la stratégie d'un mode recouvre celle d'un autre (exemple: «réflexif» et «décentralisé»).

Dans quelles stratégies ces modes de délégation s'inscrivent-ils ?

Le mode **«soutien»** illustre le choix de l'OFSP d'être «à l'écoute» de la base, c'est-à-dire de s'inspirer des initiatives locales qu'il juge prometteuse⁵, de les soutenir et de les diffuser. Ainsi, lorsqu'un projet d'intervention coïncide avec sa ligne politique, il est intégré à l'action globale, reçoit un mandat et devient une délégation.

Le mode **«centralisé»** est mis en œuvre lorsque, dans l'intervention en question, l'OFSP estime que la légitimité de la Confédération est suffisante, et lorsque cette dernière est admise par les partenaires politiques. Parallèlement à ces questions, les enjeux du projet sont généralement importants (prescription d'héroïne, formation, migrants, etc.), et impliquent une mainmise quasi totale de l'OFSP sur l'intervention – ce qui se traduit le plus souvent par un pilotage fort et un contrôle centralisé.

Le mode **«décentralisé»** est pratiqué lorsque l'OFSP souhaite intervenir directement ou diffuser un modèle existant, mais que sa position d'acteur fédéral lui impose de trouver un partenaire de terrain ou un partenaire cantonal pour effectuer l'activité en question. Le dispositif de délégation devient alors plus complexe, puisqu'il suppose un «relais» – un intermédiaire entre l'OFSP et le délégataire final.

Le mode **«réflexif»** est la forme de délégation la plus sophistiquée. La tâche déléguée s'intègre dans une action globale et s'inscrit dans le programme de l'OFSP : en ce sens, la volonté est moins d'en confier la réalisation à un tiers que d'intervenir dans la réalisation par ce tiers. Ce mode reprend le principe de l'inspiration par la base (évoqué dans le mode «soutien»), mais il comprend aussi la relation inverse : l'orientation de cette base. Le fédéralisme d'exécution, qui prévaut dans le domaine d'intervention considéré, explique souvent le choix de ce mode de délégation.

Nous formons ici l'hypothèse que le mode réflexif est choisi lorsque l'enjeu est d'importance pour l'OFSP, mais que le mode centralisé n'est pas possible pour des raisons juridiques ou politiques. On notera que le recours à ce mode est relativement récent (1993) et émerge après une première série d'expériences en matière de délégation.

Quelles sont les conséquences de ces modes de délégation ?

Le mode de délégation adopté par l'OFSP influence à la fois le dispositif de projet et le type de relations entretenues entre l'OFSP et ses partenaires.

La gestion de la délégation sera très différente selon que l'on se trouve, par exemple, dans un mode **«centralisé»** ou dans un mode **«réflexif»**. En effet, l'intensité du leadership de l'OFSP varie en fonction du contexte socio-politique dans lequel l'action est envisagée. Ainsi, au vu de nos résultats, l'OFSP opte pour le mode centralisé – le plus autoritaire –, lorsqu'il bénéficie d'une forte légitimité, tandis qu'un mode réflexif, plus incitatif et consensuel, sera préféré en cas de forte opposition, réelle ou potentielle.

Le mode **«centralisé»** est clairement le plus souhaitable du point de vue des intérêts de l'OFSP, puisque sa maîtrise des projets y est la plus forte. Toutefois ce mode requiert des conditions préalables qui ne sont pas toujours disponibles, notamment en matière de légitimité d'action : il n'est donc pas toujours applicable.

Le mode **«décentralisé»** est particulièrement bien adapté aux situations où prévaut le fédéralisme d'exécution : la Confédération n'est pas forcément légitimée pour agir, mais désire tout de même intervenir. L'association avec un partenaire s'avère alors une condition sine qua non, et la gestion de cette relation devient une composante particulièrement délicate. Le partenaire («relais cantonal») peut en effet considérer qu'il s'agit d'une collaboration entre des partenaires égaux, et non pas d'une délégation.

Le mode **«réflexif»** reflète certainement le mieux la conception de l'OFSP du rôle de la Confédération en matière de toxicomanie. Cette politique de persuasion (ou d'incitation), qui accorde un grand crédit à l'initiative locale, contient néanmoins quelques ambiguïtés parfois difficiles à gérer. En effet, des problèmes de légitimité peuvent survenir pour les délégataires de la Confédération : il arrive qu'une délégation soit choisie pour contourner justement des autorités cantonales et communales trop réticentes à l'égard de la politique fédérale⁴, et pour les inciter ensuite à rejoindre la ligne proposée par la Confédération, après sensibilisation de l'opinion par des acteurs «locaux».

Cette réflexion s'applique également au mode de **«soutien»**, particulièrement adapté aux interventions directes sur le terrain, ou à celles dans lesquelles les compétences fédérales sont admises. Au travers de ces délégations apparaît une réelle volonté de décentraliser, voire de démocratiser une politique afin d'en accroître l'efficacité⁴.

Quels sont les mécanismes de contrôle dont dispose l'OFSP et quelle est leur efficacité?

Des mécanismes de contrôle explicites (directs et formels) ont pu être relevés : par exemple, la vérification contractuelle (réalisable lorsque les documents sont suffisamment précis au sujet des objectifs, et les rapports annuels suffisamment détaillés) ou encore les évaluations. Autre mécanisme, la participation à des groupes de pilotage restreint, dans lesquels l'OFSP tient une position significative du point de vue de la réorientation éventuelle du projet.

D'autres formes de mécanismes, plus implicites (indirects, informels), ont pu être observées là où le pouvoir décisionnel n'était pas clairement établi. Il s'agit de situations où les contacts avec le partenaire sont informels et fréquents, si bien qu'ils permettent à l'OFSP de connaître, en temps réel, l'évolution des projets et leur stade d'achèvement. Il existe également des cas où l'OFSP participe à des groupes de pilotage élargis, dans lesquels il tente de faire passer son point de vue, et où il est davantage question de persuasion et de négociation que d'autorité formelle.

Le contrôle de l'OFSP sur ses partenaires est souvent informel (adoption d'un style spontané, sous la forme de contacts téléphoniques et d'échanges fréquents d'information), ce qui révèle un bon niveau de confiance et semble bien vécu par les deux partis. Ce type de contrôle garantit assurément une information continue et détaillée sur l'état d'avancement des projets.

Nous avons toutefois pu observer des situations à risque, où malgré la bonne conception du dispositif de contrôle, ni le pilotage ni le bilan ne pouvaient s'effectuer de manière satisfaisante. Par exemple, pendant la période de renouvellement « retardé » d'un collaborateur à l'OFSP. Dans ce type de situation,

l'efficacité du contrôle est restreinte. La même cause peut nuire à des mécanismes implicites de contrôle, principalement basés sur la confiance réciproque. Le manque de répondant au sein de l'OFSP diminue la fréquence des contacts, et, de ce fait, la possibilité d'obtenir des informations pertinentes sur l'avancement des projets. Le contrôle des résultats et le pilotage deviennent alors inopérant.

La délégation est-elle adéquate^b ?

Cette étude a permis d'identifier les étapes qui ont progressivement permis à l'OFSP d'acquiescer un véritable savoir-faire en matière de délégation. Il est en effet apparu que les premières tentatives de délégation, dans la période 1990-1994, ont été autant d'essais et d'expériences accumulées pour les délégations suivantes. Ainsi la seconde période, couvrant les années 1993 à 1995, est placée sous le signe du bilan, de l'analyse et des grands remaniements : les modes de délégation sont changés et la gestion des différentes dimensions s'affine.

L'étude a permis d'observer cet apprentissage et de constater une nette amélioration globale des compétences de l'OFSP en matière de délégation – et par conséquent, des résultats des projets délégués. Les années 1995-1998 sont donc marquées par une habile gestion de ce savoir-faire.

Actuellement, grâce à sa capacité à déléguer, l'OFSP peut étendre son influence et donner à sa politique un impact considérable. Il est ainsi capable de procéder à un dédoublement de son action sur l'ensemble des trois piliers, grâce au partage de fonctions importantes avec des partenaires extérieurs (cf. Centrales de promotion).

^b Les fiches individuelles (dans le rapport complet) donnent plus de détails sur l'adéquation des délégations de l'OFSP, et les recommandations décrivent les ajustements éventuels que nous proposons à leur sujet.

Concernant l'adéquation des modes de délégation, on constate globalement que ceux-ci ont été correctement choisis, ce qui démontre une certaine maîtrise de l'OFSP en matière de perception des enjeux stratégiques (attentes et rôles de chacun, fédéralisme, mentalités, etc.).

Seuls deux cas témoignent d'une méprise à ce niveau : le premier a été correctement modifié, ce qui a donné lieu à une nouvelle forme d'intervention (ARIA et CONVERS, puis Commission d'experts). Le second n'a toujours pas trouvé son mode idéal **«décentralisé»**, bien qu'il ait également subi un changement d'approche (Santé-jeunesse, puis Ecoles & santé). Concernant la gestion des dimensions de la délégation, les erreurs d'appréciation relevées sont de l'ordre du choix non optimal d'un délégataire. Elles s'expliquent généralement par le fait que le délégataire en question n'était pas le mieux placé pour réaliser la tâche confiée, et que l'OFSP ne le savait pas au moment de déléguer, ou alors que le délégataire idéal, bien que connu, n'était pas disposé à endosser cette responsabilité.

La phase de préparation de la délégation s'avère très importante, car elle a un fort impact sur le temps de pilotage nécessaire par la suite et sur les résultats obtenus. Mais dans bien des cas analysés, cette phase a été trop sommairement réalisée.

Dans certains cas, les moyens nécessaires ont visiblement été sous-estimés, avec des mandats contenant dans le cahier des charges un nombre excessif de tâches déléguées, compte tenu des personnes-ressources que le montant alloué permettait d'envisager.

Quelquefois, le transfert de fonction (fondement de la délégation) n'est pas absolument transparent. Il en ressort une certaine confusion, notamment quant au droit de décision : l'OFSP et son partenaire ne savent plus alors très bien s'ils se situent dans des rapports de collaboration (partenariat) ou de délégation (mandant-exécutant).

Enfin, certains problèmes de délégation peuvent aussi apparaître sur la durée, en raison, par exemple, d'un conflit de personnes, d'un changement de collaborateur, etc.

Conclusions

- Le succès d'une mission déléguée par l'OFSP dépend fortement de la procédure de sélection du délégataire.
- Plus précisément, il apparaît que les chances de succès sont les meilleures lorsque le délégataire a été sélectionné après un appel d'offres.
- Dans bien des cas analysés, l'OFSP n'a pas concrètement évalué l'efficacité des mécanismes requis par une délégation, pour que les effets souhaités (reprise de l'action par les partenaires, impact sur le public-cible) se réalisent.
- Le temps globalement consacré par l'OFSP à une mission déléguée (préparation & pilotage) s'avère nettement réduit en cas de bonne préparation.
- Dans certains cas, il n'est pas toujours clair s'il est question d'une délégation ou d'une subvention, d'un délégataire ou d'un partenaire, d'un mode centralisé ou décentralisé.
- L'efficacité de certaines délégations dépend surtout de la qualité des rapports avec l'OFSP.
- Le renouvellement « retardé » de personnel exerce des conséquences néfastes sur la collaboration, le pilotage et le contrôle des délégations.
- Les moyens alloués sont parfois insuffisants en regard du cahier des charges.

Recommandations

- Pour choisir le délégataire, il est recommandé de recourir systématiquement à l'appel d'offre, afin de déceler des acteurs insoupçonnés, de préciser les demandes de l'OFSP et de s'y ajuster le mieux possible.
- Il est nécessaire d'améliorer la phase de préparation avant de procéder à une délégation. Une réflexion préparatoire minimale s'impose : elle doit au moins inclure l'analyse de l'ensemble des dimensions de la délégation (hypothèse, fonction, sélection du délégataire, type de contrôle, moyens). Idéalement, il faudrait tester l'hypothèse d'efficacité par une évaluation ex ante de la faisabilité d'une délégation (avant sa mise en œuvre), afin d'anticiper au mieux les difficultés qui pourraient survenir et éviter les pertes de temps.
- Il est recommandé de bien préciser les rôles et les attentes de chacun des partenaires, afin d'éviter toute ambiguïté dans leurs rapports.
- Il serait judicieux de maintenir un bon niveau de collaboration avec le délégataire dans les cas où l'efficacité de la délégation dépend essentiellement de la qualité de ses rapports avec l'OFSP.
- En cas de renouvellement de personnel, il est impératif d'assurer la continuité pour ne pas compromettre la collaboration, le pilotage et le contrôle des délégations.
- Il faut que les tâches déléguées reçoivent les ressources adéquates.

Références bibliographiques

- ¹ Kellerhals C, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 42).
- ² Yin RK. *Case study research: Design and Methods*. 2nd ed. London: Sage; 1994.
- ³ Bütschi D, Cattacin S. *Le modèle suisse du bien-être: coopération conflictuelle entre Etat et société civile: le cas de l'alcoolisme et du vih/sida*. Lausanne: Editions Réalités sociales; 1994.
- ⁴ Papadopoulos I. *Complexité sociale et politiques publiques*. Paris: Montchrestien; 1995.

Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)¹

Introduction

Dans le domaine de la toxicomanie, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ne dispose que rarement d'un accès immédiat aux groupes visés par son intervention^a ; il collabore donc pour l'essentiel avec des acteurs qui sont plus proches de ces groupes ou directement en contact avec eux. En Suisse, cette prise en charge collective des problèmes liés à la toxicomanie revient dans les faits aux cantons, aux communes et aux institutions privées. Du point de vue fédéral, l'ensemble de ces acteurs peut être conceptualisé comme un «**réseau national de réduction des problèmes liés à la toxicomanie**» (ci-après : le réseau) dont les actions, et leurs effets sur les problèmes liés à la toxicomanie, varient notamment en fonction de sa composition et de ses ressources, du type d'échanges et d'interdépendances entre ses acteurs, et de l'existence de référentiels communs².

Dans ce contexte, l'OFSP intervient notamment par diverses formes de soutiens alloués aux acteurs du réseau, afin qu'ils puissent atteindre leurs buts et, de ce fait, permettre à l'acteur fédéral d'atteindre les siens. L'enquête présentée ici porte sur ces interactions entre l'OFSP et cet ensemble d'acteurs, avec lesquels il est susceptible – et parfois contraint – de collaborer.

^a C'est-à-dire les personnes consommant des drogues illégales et les personnes susceptibles d'en consommer.

Méthode

Un questionnaire a été adressé, fin octobre 1998, à l'ensemble des acteurs recensés dans le principal répertoire d'adresses en matière de réduction des problèmes liés à la toxicomanie en Suisse³. Celui-ci regroupe, d'une part, des représentants des collectivités publiques (villes et cantons) concernés par les aspects sociaux et sanitaires de la toxicomanie et, d'autre part, des institutions publiques et privées intervenant sur les problèmes liés à la toxicomanie.

Le questionnaire utilisé se composait de trois parties :

- l'appréciation des acteurs du réseau concernant leur collaboration avec l'OFSP ;
- l'appréciation des acteurs du réseau concernant les actions soutenues par l'OFSP et les idées qui guident son intervention, et la diffusion de ces actions et de ces idées dans le réseau ;
- des questions générales concernant la politique de réduction des problèmes liés à la toxicomanie.

La seconde partie était encore subdivisée selon le domaine d'intervention (prévention, thérapie, réduction des risques et aide à la survie). Du fait que les représentants des **collectivités publiques** constituent un segment visé en priorité par l'intervention de l'OFSP, ils ont été interrogés sur l'ensemble des domaines. Quant aux **institutions**, elles ont été priées de répondre aux différentes parties du questionnaire seulement si elles déclaraient investir une partie de leurs ressources dans le domaine considéré.

Questions d'évaluation

Les **questions d'évaluation** auxquelles cette enquête tente de répondre sont les suivantes (le terme «réseau» se réfère au réseau d'acteurs impliqués dans la réduction des problèmes liés à la toxicomanie en Suisse) :

- les acteurs du réseau qui collaborent – ou ont collaboré – avec l'OFSP sont-ils satisfaits de cette collaboration ?
- existe-t-il des raisons qui poussent certains acteurs du réseau à ne pas collaborer avec l'OFSP ?
- les acteurs du réseau connaissent-ils les différentes activités et la politique menée par l'OFSP ?

- les acteurs du réseau font-ils usage des « actions » de l'OFSP? Si oui, de quelles « actions » font-ils usage?
- les acteurs du réseau perçoivent-ils positivement le travail de l'OFSP, et le jugent-ils utile pour leur propre intervention?

Taux de réponse

Tableau 6a

Taux de réponse

	Collectivités publiques		Institutions		Total	
	n	%	N	%	n	%
Adresses valables	97	100%	745	100%	842	100%
Questionnaires remplis	53	55%	413	55%	466	55%
Doublons ^a	19	20%	92	13%	111	13%
Refus	3	3%	7	1%	10	1%
Autres motifs	5	5%	9	1%	14	2%
Sans réponse	17	17%	224	30%	241	29%

^a Le questionnaire avait déjà été rempli par l'un des services d'une collectivité publique ou par l'un des établissements d'une institution.

Plus de la moitié de la population contactée a participé à l'enquête. Si l'on retire encore les 111 doublons identifiés, le taux de participation se monte à près de deux tiers (64%). La couverture géographique souffre de quelques lacunes, qui concernent essentiellement certains cantons de petite taille ne disposant que d'un nombre restreint d'institutions dans le domaine de la toxicomanie^b. Ces exceptions mises à part, la majorité des cantons présentent un taux de réponse global se situant entre 40 et 65%. Finalement, si l'on considère les catégories d'activité proposées dans le répertoire de l'OFSP, seuls les groupes d'entraide et associations de parents présentent un taux de réponse inférieur à 45%.

^b Glaris : aucun questionnaire rempli ;

Appenzell Rhodes extérieures, Nidwald et Soleure : aucun questionnaire rempli par une collectivité publique.

^c Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), Délégation de l'Union des villes suisses sur les questions de drogue.

Description des répondants

Collectivités publiques

Les fonctions des 53 représentants de collectivités publiques se répartissent en 22 **spécialistes** (délégués drogue, représentants d'une commission drogue, responsables d'institutions cantonales du domaine toxicomanie), 28 **généralistes** (médecins cantonaux [17], représentants de départements des affaires sociales et/ou de la santé, représentants de l'instruction publique ou de la médecine scolaire), et trois **représentants d'organismes supracantonaux**^c.

Dans la majorité des cantons (15) les répondants comprennent au moins un spécialiste et un généraliste. La réponse d'un spécialiste manque dans les cantons de LU et TG, et celle d'un généraliste dans les cantons des GR, JU, OW, SH et SZ.

Institutions

Sur 413 institutions analysées, 223 (soit 54%) **engagent la moitié au moins de leurs ressources pour des problèmes liés à la toxicomanie** : 10 d'entre elles allouent principalement ces ressources à la prévention, 131 à la thérapie, 45 à la réduction des risques et à l'aide à la survie et 13 à d'autres domaines (formation, recherche, entraide, travail de réseau, etc.). Enfin, 24 institutions répartissent ces ressources dans les différents domaines (généralistes).

L'activité principale des 190 institutions qui **n'engagent pas la majorité de leurs ressources pour des problèmes liés de la toxicomanie**, concerne dans 44 cas la prévention et la promotion de la santé, dans 64 cas la thérapie, le traitement et la prise en charge médicale, et dans 69 cas l'aide sociale, le conseil, l'hébergement et l'aide au travail. Finalement, 13 institutions s'engagent essentiellement dans d'autres domaines (entraide, recherche, etc.).

Tableau 6b

Répartition des institutions selon leur activité principale

	Prévention	Thérapie	Réduction des risques	Généraliste	Autres	Total
Toxicomanie activité majeure	10	131	45	24	13	223
Toxicomanie activité mineure	44	64	69	-	13	190
Total	54	195	114	24	26	413

Ces deux groupes réunis, on obtient la répartition sectorielle suivante : 54 institutions (13%) agissent surtout dans les domaines **prévention/promotion de la santé**, 195 (47%) dans les domaines **thérapie/traitement/prise en charge médicale**, 114 (28%) dans les domaines **réduction des risques/aide et conseil social/travail/logement**, 24 (6%) sont **généralistes en matière de toxicomanie** et 26 (6%) travaillent surtout dans **d'autres domaines (recherche, formation, entraide, etc.)**.

Résultats

Collaborations

Plus des deux tiers (69%) des répondants, toutes catégories confondues, indiquent avoir collaboré avec l'OFSP une fois au moins^d. Ce taux, qui est remarquable, est logiquement plus élevé pour les collectivités publiques (94%) que pour les institutions (66%).

Interrogés sur les qualités liées au **dernier soutien de l'OFSP**, les représentants de collectivités publiques et des institutions sont, en premier lieu, quasi unanimes à reconnaître la **«compétence»** des collaborateurs de l'OFSP. La capacité de ces derniers **«à saisir les enjeux locaux»** est cependant critiquée dans près de 20% des cas. La comparaison de ces résultats indique d'abord que les capacités personnelles des collaborateurs de l'OFSP sont largement reconnues.

^d Ce taux ne vaut que pour la population ayant répondu à notre enquête : il faut cependant considérer que le fait d'avoir collaboré avec l'OFSP peut avoir constitué une motivation à participer.

En revanche, pour une partie des répondants, la distance entre cette institution et le « terrain » pourrait être jugée trop grande, ou alors l'élaboration d'un projet qui vise à la fois les objectifs locaux du partenaire et les objectifs nationaux de l'OFSP ne donne pas toujours lieu à un aménagement satisfaisant pour le partenaire.

L'organisation du travail de l'OFSP a parfois fait l'objet d'appréciations négatives. Ainsi, la **«disponibilité»** des collaborateurs a été jugée négativement par 14% des collectivités publiques et 20% des institutions concernées. Quant au **«fonctionnement administratif»**, il donne lieu aux jugements les moins favorables, puisqu'il a été critiqué par près d'un quart des répondants ayant fait l'expérience d'une collaboration avec l'OFSP. Ces résultats pourraient inviter l'OFSP à mener à une réflexion sur son fonctionnement et son organisation, qui se devraient d'être autant appréciés que la compétence de ses collaborateurs.

Près des trois quarts (72%) des répondants des collectivités publiques et près de la moitié (42%) des institutions indiquent avoir fait l'expérience d'une collaboration indirecte avec l'OFSP par l'intermédiaire de délégués. Parmi ces derniers, les institutions les plus souvent citées sont **COSTE, RADIX** et le bureau de promotion de **OSEO**. Le travail de ces trois délégués est très apprécié par les différents acteurs du réseau ayant collaboré avec eux.

Le peu de critiques exprimées vis-à-vis des principaux délégués doit également être mis à l'actif de l'OFSP, qui, apparemment, a su créer des relais et faire appel à des personnes de qualité pour le représenter au sein du réseau. Les résultats ci-dessus pourraient également confirmer que les interventions menées à l'aide d'un délégué présent sur le terrain conviennent aux acteurs qui s'y trouvent.

Diffusion (utilisation et connaissance) des actions soutenues par l'OFSP et des idées guidant son intervention

La plupart des programmes, projets et produits soutenus par l'OFSP connaissent une bonne diffusion au sein du réseau. Dans le domaine de la **prévention**, on note que le programme **RADIX** et la **campagne nationale** sont largement utilisés par les acteurs du réseau, mais aussi bien connus de ceux qui n'en font pas usage. Quant aux **autres programmes nationaux** soutenus par l'OFSP, ils connaissent une bonne diffusion, qui semble en revanche trop faible encore pour pouvoir prétendre à une couverture nationale. En particulier, les projets et programmes **REES, VOILA** et **Projet Migrants-Santé** pourraient encore bénéficier d'une campagne d'information supplémentaire, notamment auprès des collectivités publiques.

Dans le domaine de la **thérapie**, l'excellente diffusion de **COSTE** et **d'Infoset Direct** indiquent que l'OFSP a participé à la mise en place de deux projets largement utilisés et bien connus. D'ailleurs, la plupart des projets soutenus par l'OFSP dans ce domaine, ainsi que les rapports qui le concernent, sont bien utilisés ou bien connus. L'information concernant **Fos** et **Sambad** pourrait toutefois encore être développée.

Les résultats dans le domaine de la **réduction des risques et aide à la survie** sont plus difficiles à interpréter, du fait notamment de l'hétérogénéité des acteurs de ce domaine. On peut tout de même noter l'excellente diffusion, en termes d'utilisation et de connaissance, des **Flashbox** et du classeur sur la **prévention du VIH en Suisse**, ainsi que la très bonne connaissance – parmi les non-participants – des projets de **distribution de seringues en prison**. A l'inverse, le bureau de promotion de l'**OSEO** semble relativement moins utilisé et moins connu, notamment chez les répondants des collectivités publiques. Il en va de même pour les **Harm Reduction Cards**. Ces deux projets et produits devraient bénéficier d'une attention particulière si l'on souhaite que leur diffusion soit véritablement nationale.

Les **cours de formation** et les principaux **documents** soutenus ou publiés par l'OFSP connaissent une diffusion remarquable, puisque l'essentiel des personnes interrogées signale y recourir ou en connaître l'existence. Cette excellente diffusion peut avoir contribué au fait que les acteurs du domaine de la toxicomanie en Suisse ont de plus en plus de références communes et que certains débats idéologiques laissent progressivement leur place à des réflexions plus pragmatiques. De plus, l'information diffusée à travers les brochures et rapports semble être utilisée directement par les répondants dans le cadre de leur travail. Ils connaissent aussi souvent l'existence de différentes **commissions fédérales** où sont discutés les problèmes liés à la toxicomanie.

Les répondants semblent bien connaître le concept d'intervention de l'OFSP dans les domaines de la prévention, de la thérapie, et de la réduction des risques et aide à la survie: d'une part, ils identifient correctement les objectifs de l'OFSP et, d'autre part, les avis ne divergent guère entre catégories de répondants. Il semble donc que le concept d'intervention de l'OFSP soit bien connu par les répondants et que, par conséquence, les risques de malentendus sont faibles. On peut toutefois remarquer que les objectifs finaux de l'intervention paraissent parfois mieux connus que les méthodes envisagées par l'OFSP pour les atteindre. Ceci est notamment le cas pour la prévention.

Appréciation des actions soutenues par l'OFSP et des idées guidant son intervention, et énoncé des priorités à adopter.

Très peu de jugements critiques sont portés sur l'effet des **actions** de l'OFSP, prises dans leur ensemble, ou sur sa **conception** de l'intervention dans chacun des trois piliers à sa charge. Les répondants nous indiquent que les **actions** de l'OFSP exercent un effet bénéfique avant tout sur «l'acceptation sociale et politique» de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques. Quant à la **conception** de l'OFSP dans ces différents domaines, elle est d'abord qualifiée de «réaliste». Dans les deux cas, **actions et conception**, c'est «l'utilité pour leur propre travail ou leur pratique quotidienne» qui est un peu moins soulignée par les répondants lorsqu'ils ont à évaluer les effets de l'intervention de l'OFSP.

Les priorités que les répondants souhaitent voir adoptées par l'OFSP varient d'un domaine à l'autre. En **prévention**, on attend de l'OFSP une coordination et la diffusion des informations au niveau national. Comme dans d'autres domaines, les institutions en attendent également une politique de soutien financier. Finalement, l'assurance de qualité n'est pas citée comme une intervention prioritaire au niveau de la prévention.

Inversement, dans le domaine **thérapie**, la première priorité citée est le développement d'instruments liés à la qualité. Ensuite, vient la différenciation classique entre les collectivités publiques, qui souhaitent plus de coordination, et les institutions, qui souhaitent plus de financement. La diffusion d'informations n'est, en revanche, pas jugée prioritaire actuellement.

La situation est plus confuse dans le domaine de la **réduction des risques et aide à la survie**. Là, les collectivités publiques souhaitent que la priorité soit donnée à la coordination nationale et au développement d'instruments liés à la qualité, alors que les institutions souhaitent avant tout de la diffusion d'informations.

En matière de **formation**, le tableau est similaire à celui de la thérapie, alors que dans le domaine **recherche/évaluation/épidémiologie**, les répondants attendent de l'OFSP qu'il s'implique dans la coordination nationale et le financement. Dans le domaine **prison**, le travail sur la coordination et la qualité l'emporte sur le financement, qui n'est pas jugé prioritaire. Enfin, selon les répondants, le domaine **migrants** nécessite surtout des efforts de coordination et de diffusion d'informations.

Aspects législatifs, politiques et financiers

Les répondants ont été priés de choisir parmi plusieurs scénarios législatifs, ceux qui emporteraient l'adhésion des collaborateurs au sein de leur administration ou de leur institution. Les réponses indiquent tout d'abord que la législation actuelle obtient peu de soutien, et qu'en matière de **pénalisation** ou de **dépénalisation**, il n'existe pas de scénario qui remporte une très large adhésion. Toutefois, l'option **«interdiction du trafic et dépénalisation de la consommation de drogues»** est celle qui obtient le plus d'adhésions, tant dans les collectivités publiques que dans les institutions. On note aussi que les options **«dépénalisation de la vente et de la consommation de cannabis uniquement»** ou **«dépénalisation de la seule consommation de cannabis»**, n'obtiennent qu'une part relativement faible d'adhésions. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'option est rejetée par les répondants qui la jugent exagérée comme par ceux la trouvant insuffisante.

En ce qui concerne les trois scénarios de lois générales sur la toxicomanie proposés dans le questionnaire^e, ils obtiennent une majorité d'adhésions dans les institutions uniquement. Les collaborateurs de ces institutions semblent par ailleurs plus favorables à une loi ciblant à la fois la consommation de drogues légales et la consommation de drogues illégales. Quant aux collaborateurs des collectivités publiques, ils n'approuvent que partiellement les scénarios proposés.

Plus généralement, les deux catégories de répondants (collectivités publiques et institutions) estiment que l'intervention de la Confédération est actuellement insuffisante en matière de **prévention** et de **lutte contre le trafic**. Quant aux interventions en matière de **thérapie** et de **réduction des risques**, elles sont jugées insuffisantes par les institutions uniquement.

^e 1. Une loi institutionnalisant la politique fédérale des quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques, répression) et qui contraindrait les cantons à appliquer celle-ci. 2. Une loi sur la prévention des toxicomanies (drogues légales et illégales), qui contraindrait les cantons à développer des mesures dans ce sens. 3. Une loi d'assistance aux toxicomanes (drogues légales et illégales), qui contraindrait les cantons à fournir des moyens d'assistance aux toxicomanes.

Finalement, pour **les répondants des collectivités publiques**, la répartition idéale des coûts liés à la toxicomanie serait la suivante : les cantons et les communes assumant la plus grande partie des frais dans les domaines de la **prévention**, de la **réduction des risques et aide à la survie**, et l'assurance maladie et les assurances sociales assumant l'essentiel des frais liés à la **thérapie**. Le soutien fédéral est principalement attendu dans le domaine de la **prévention** (participation fédérale souhaitée : 50% du total des coûts engendrés), et dans celui de la **réduction des risques médicaux** (participation fédérale souhaitée : environ 25%).

Conclusions

- Le nombre de collaborations, directes et indirectes, entre l'OFSP et les acteurs du réseau est remarquable.
- La compétence des collaborateurs de l'OFSP est presque unanimement reconnue. En revanche, leur capacité à saisir les enjeux locaux et l'organisation du travail de l'OFSP (disponibilité des collaborateurs et fonctionnement administratif) donnent lieu à quelques critiques qui méritent d'être considérées.
- Parmi les projets soutenus ou lancés par l'OFSP, on peut remarquer l'excellente diffusion (utilisation et connaissance) de COSTE, d'InfoSet Direct, du programme confié à RADIX, de la campagne nationale, des cours de formation, des Flashbox, et de la totalité des rapports et brochures d'information. Cette excellente diffusion a sans doute fortement contribué à l'harmonisation et au développement du réseau national de réduction des problèmes liés à la toxicomanie.
- Parmi les projets nationaux moins utilisés et moins connus des acteurs du réseau, on trouve notamment le bureau de promotion de l'OSEO, les Harm Reduction-Cards, le programme VOILA, le Projet Migrants-Santé et le REES.
- Les acteurs du réseau connaissent la conception de l'OFSP en matière de réduction des problèmes liés à la toxicomanie, et la qualifient de pragmatique et diversifiée.
- Les acteurs du réseau n'ont guère de critiques à formuler sur l'ensemble des actions auxquelles participe l'OFSP ou sur sa conception de la réduction des problèmes liés à la toxicomanie.
- En terme de priorités dans les interventions de l'OFSP, les acteurs du réseau souhaitent des priorités différentes dans chaque domaine d'intervention. On note toutefois que la coordination nationale fait souvent partie des premières priorités.

- Les acteurs du réseau, et particulièrement les collaborateurs des collectivités publiques, indiquent qu'ils sont encore relativement indécis sur le contenu de la révision de la LStup. Ce qui est clair, par contre, c'est que la très grande majorité des acteurs du réseau n'est pas satisfaite par la législation actuelle.
- Les collectivités publiques et les institutions s'accordent à penser que l'engagement de la Confédération est insuffisant en matière de prévention et de lutte contre le trafic.
- Finalement, les répondants des collectivités publiques attendent un soutien de la Confédération dans les domaines de la prévention et de la réduction des risques médicaux avant tout. Ailleurs, les coûts devraient être assumés, selon eux, par les collectivités publiques (cantons et communes), l'assurance maladie et les assurances sociales.

Recommandations

- L'étendue des collaborations entre l'OFSP et le réseau devrait être maintenue, puisque les partenaires semblent en être satisfaits et que les actions générées sont le plus souvent largement diffusées.
- Les collaborations indirectes, par l'intermédiaire d'un délégataire, sont très appréciées des partenaires. Ce type d'interactions devrait être maintenu, puisqu'il permet de réduire la distance entre les acteurs et donc de mieux apprécier les enjeux locaux auxquels est confronté un partenaire.
- Pour améliorer les conditions de sa collaboration avec les acteurs du réseau, l'OFSP pourrait notamment se pencher sur son organisation administrative et sur la capacité de ses collaborateurs à saisir les enjeux locaux.
- Certains projets ou produits demandent une réflexion sur les raisons de leur relativement faible diffusion et, le cas échéant, ils devraient bénéficier d'une campagne d'information supplémentaire.
- Les programmes, projets et produits, largement diffusés ne doivent pas être négligés, puisqu'ils constituent de remarquables outils de collaboration et d'échange d'informations dans le réseau.
- Les priorités suggérées par les acteurs du réseau devraient inviter l'OFSP à méditer sur son intervention future et, notamment, sur la forme que devrait prendre la coordination nationale dans chacun des domaines de la réduction des problèmes liés à la toxicomanie.
- La prévention apparaît comme le premier domaine, parmi ceux qui concernent l'OFSP, qui requiert une intervention croissante et où l'on attend de la Confédération qu'elle offre une contribution financière majeure. L'OFSP serait bien inspiré de répondre aux attentes formulées par ses partenaires.

Références bibliographiques

- ¹ Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. *Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 43).
- ² Bussmann W, Klöti U, and Knoepfel P, editors. *Politiques publiques: évaluation*. Paris: Economica; 1998: 327 p.
- ³ OFSP (Office fédéral de la santé publique). *Verzeichnis der Einrichtungen in der Suchthilfe = Répertoire des institutions œuvrant dans le domaine de la toxicomanie = Lista delle istituzioni nel campo delle tossicodipendenze*. Berne: OCFIM (Office central fédéral des imprimés et du matériel); 1996: 219 p.

Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues¹

Introduction

Dans le ProMeDro, deuxième programme fédéral de mesures visant à réduire les problèmes liés à la drogue, l'OFSP entend intensifier la collaboration des trois piliers sanitaires (prévention, aide à la survie et thérapie) avec le pilier répression. Au niveau fédéral, c'est l'Office fédéral de la police (OFP) qui assume la responsabilité de ce quatrième pilier de la politique fédérale en matière de drogue.

Le quatrième pilier n'a encore jamais fait l'objet d'une évaluation de la part de l'OFSP. Pourtant, dans le cadre de leurs tâches, de nombreux acteurs de la répression (dont la police en particulier) ont des contacts directs et réguliers avec les consommateurs de drogues^a, et le travail effectué par la police dans le secteur des stupéfiants exerce un impact certain sur la santé de ces derniers. Par ailleurs, les activités de la police et celles des services sanitaires et sociaux se recoupent en maints endroits, et la polarisation entre intervention policière et intervention socio-sanitaire évolue vers une coopération croissante. Cependant, les missions des acteurs de la répression et des acteurs de la santé restent bien distinctes, et il convient donc de définir avec précision leurs rôles spécifiques.

L'étude interdisciplinaire résumée dans ce chapitre analyse les bases juridiques de l'intervention de la police, et le rôle que les membres des forces de l'ordre pensent jouer dans la santé des consommateurs de drogues, compte tenu de l'organisation structurelle de la police dans son ensemble.

Questions d'évaluation

- Quels sont les textes juridiques et les consignes formelles qui guident le comportement de la police devant les problèmes de santé des consommateurs de drogues illégales?
- Les textes juridiques et les consignes formelles sont-ils mutuellement cohérents?
- Quelles sont les différences entre les textes juridiques et les consignes formelles?
- De par son mandat général de prévention, quel rôle la police estime-t-elle devoir assumer dans la protection de la santé des consommateurs de drogues? Quelles mesures envisage-t-elle de prendre dans ce sens?

Méthode

Pour répondre à ces questions, nous avons utilisé deux méthodes distinctes:

- l'analyse des documents disponibles (lois, ordonnances, décisions prises par des exécutifs, instructions de service, documents de référence, etc.);
- l'interview de personnes-clés (annexe 7a), basée sur un guide d'entretien élaboré en deux versions, l'une pour le niveau national, l'autre pour le niveau cantonal et communal.

Au **niveau national**, l'analyse a recouru aux deux méthodes, et les personnes-clés interviewées ont été sept représentants des organisations suivantes (certaines personnes représentent plusieurs organisations):

- Office fédéral de la police (OFP);
- Conférence des directeurs cantonaux de justice et police (CDCJP);
- Conférence des commandants des corps de police cantonaux (CCCPC);
- Association suisse des chefs des polices de sécurité (ACPS);
- Association suisse des directeurs de police municipale (ADPM);
- Fédération suisse des fonctionnaires de police (FSFP);

^a Les termes *personnes consommant de la drogue/consommateurs de drogues ou usager de drogues*, désignent dans ce chapitre les personnes qui consomment des drogues illégales.

- Groupe de travail interdépartemental stupéfiants (GTIS);
- Comité national de liaison en matière de drogue (CLD);
- Commission fédérale pour les questions liées à la drogue (CFLD);
- Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies (CDCT);
- Conférence des délégués des villes aux problèmes de toxicomanies (CDVT);
- Groupe de travail «Drogues» de l'Union des villes suisses (GTDUSV).

Aux **niveaux cantonal et communal**, huit villes et cantons ont été sélectionnés en fonction des critères suivants:

- représentation de chaque région linguistique;
- taille du corps de police;
- politique de la drogue à tendance libérale versus restrictive;
- régions urbaines versus rurales.

Après l'analyse des documents disponibles aux niveaux cantonal et communal, huit entretiens ont finalement été réalisés avec les commandants de police des villes et des cantons suivants:

- Villes de Bâle, Berne et Zurich;
- Cantons de Berne, Genève, St-Gall, Vaud et Tessin.

Chacun des quinze entretiens a duré une à deux heures et s'est déroulé sur le lieu de travail de la personne interviewée. Tous les responsables et commandants de police des villes et des cantons sélectionnés ont reçu le protocole d'évaluation, accompagné d'une lettre du directeur de l'OFP.

Des compléments d'information ont été recueillis auprès des personnes interviewées et auprès d'autres personnes de contact; un entretien téléphonique approfondi a notamment eu lieu avec le directeur ad intérim de l'Institut suisse de police (ISP) à Neuchâtel. Outre les documents fournis, plusieurs sources ont été consultées: législations cantonales et droit fédéral, décisions du Tribunal fédéral, littérature juridique concernant certains sujets particuliers, etc.

Le 11 mai 1999, chaque interlocuteur a reçu une ébauche du rapport afin de vérifier l'exactitude des données concernant son canton ou sa ville. Les remarques et corrections effectuées à cette occasion ont été prises en compte. Le 12 mai 1999, les résultats obtenus ont fait l'objet d'une discussion avec un représentant du Groupe de travail Coopération entre la police et les services sociaux en matière de drogues et de sida (CoPo).

Résultats: le contexte de l'intervention policière auprès des consommateurs de drogues

Situation structurelle initiale

En principe, les activités de police sont du ressort des cantons, et font l'objet d'une réglementation de type fédéraliste. Cependant, la Confédération assume, elle aussi, de telles activités, en soutenant notamment les cantons dans la lutte contre le crime organisé et la criminalité internationale.

Tous les cantons inclus dans cette étude (Bâle-Ville, Berne, Genève, St-Gall, Vaud et Tessin) disposent de leur propre loi en la matière, qui définit les tâches, les attributions, les mesures et les compétences de la police, et qui régit aussi la répartition des tâches entre la police cantonale et les polices communales.

Pour ce qui est de l'organisation de la police dans le secteur des stupéfiants, la Confédération appuie les efforts des autorités fédérales et cantonales en mettant à leur disposition l'Office central de lutte contre le trafic illégal de stupéfiants. Dans les villes et les cantons étudiés, la lutte contre les stupéfiants relève d'une unité spécialisée (Brigade des stupéfiants), qui est généralement rattachée à la Police judiciaire, parfois à la Police de sûreté. Par ailleurs, dans les grandes villes, des unités spécialisées et/ou des policiers spécialisés s'efforcent d'empêcher la formation de scènes ouvertes de la drogue, ainsi que la consommation et le trafic en public.

Au niveau national, la police est organisée en différents groupements chargés, entre autres, de questions touchant au domaine des stupéfiants. Elle est aussi représentée dans des commissions créées dans le secteur sanitaire et social pour faire face aux problèmes liés à la toxicodépendance. Les principales organisations policières nationales sont les suivantes : la Conférence des directeurs cantonaux de justice et police (CDCJP), la Conférence des commandants des corps de police cantonaux (CCCPC), l'Association suisse des chefs des polices de sécurité (ACPS), l'Association suisse des directeurs de police municipale (ADPM) et la Fédération suisse des fonctionnaires de police (FSFP). Les groupes de travail spécifiques sont : le Groupe de travail interdépartemental stupéfiants (GTIS) et le groupe de travail Coopération entre la police et les services sociaux en matière de drogues et de sida (CoPo).

La formation de base des fonctionnaires de police est assurée par les corps de police eux-mêmes (lorsque ceux-ci sont relativement grands) ou par l'Institut suisse de police (ISP). L'ISP est une fondation soutenue par la Confédération, les cantons et d'autres organisations ; il organise également des cours de formation continue et développe des supports pédagogiques. En 1998, à l'instigation du groupe de travail CoPo, l'OFSP, l'OPF et la FSFP ont créé le premier cours interdisciplinaire portant sur la coopération entre la police et les services sociaux en matière de drogues et de sida.

Problèmes de santé des consommateurs de drogues et intervention policière au quotidien

Les personnes qui ne font que consommer des drogues ne retiennent plus guère l'intérêt de la police, sauf lorsqu'il s'agit d'empêcher la consommation en public ou la formation d'une scène ouverte. Tous les fonctionnaires de police sont susceptibles d'entrer en contact avec des usagers de drogues, notamment dans le cadre de leur activité visant à garantir la sécurité (patrouilles, contrôles d'identité, etc.), lors de contrôles routiers, ou encore, à l'occasion d'enquêtes sur des vols, des effractions, des voies de fait ou des homicides. La police est alors confrontée aux divers problèmes de santé propres aux consommateurs de drogues, tels que symptômes de manque, plaies infectées, surdoses, mauvais état général, etc.

Si nécessaire, la police dispense les premiers secours, comme elle le ferait dans d'autres situations. Selon le cas, elle fait appel à la police sanitaire ou elle signale simplement l'existence de services médico-sociaux spécialisés. Pour le reste, les mesures dépendent des diverses conceptions locales en matière de politique de la drogue (à Zurich, par exemple, la police transporte au centre de renvoi les toxicomanes résidant hors du canton).

Dans toutes les villes et les cantons étudiés, il existe une collaboration institutionnalisée entre la police et les services sanitaires et sociaux. Cette collaboration est aussi bien stratégique qu'opérationnelle.

Résultats : réponses aux questions d'évaluation

Quels sont les textes juridiques et les consignes formelles qui guident le comportement de la police devant les problèmes de santé des consommateurs de drogues illégales ?

Dans l'accomplissement de ses tâches, la police, comme les autres administrations, est tenue de respecter les principes constitutionnels du droit, de l'intérêt public, de la proportionnalité, de la bonne foi et de l'égalité. La législation relative à la police comporte en outre trois principes qui lui sont propres : les principes d'opportunité, de l'action perturbatrice et du pollueur-payeur.

Le principe d'opportunité laisse à la police une marge d'appréciation sur la décision d'intervenir ou non (et le cas échéant, sur son mode d'intervention) en cas de désordre ou de menace à la sécurité et à l'ordre public. Ce principe ne peut être appliqué que dans le cadre d'une mission générale de maintien de l'ordre : il n'est plus valable dans le cadre d'une action pénale ou lorsqu'une loi particulière définit des valeurs que la police doit défendre. Ainsi, dès lors qu'une règle de droit est violée, la police ne dispose plus de sa marge d'appréciation.

Concernant le principe du droit ou de la légalité, il faut encore citer la clause générale de l'action policière. En vertu de cette clause, la police est habilitée à prendre des mesures visant à prévenir ou à mettre un terme à des troubles effectifs ou potentiels de la sécurité et de l'ordre public, même en l'absence de bases légales spécifiques. Dans de tels cas, la clause générale de l'action policière tient lieu de base légale ; celle-ci est donc de nature subsidiaire.

Pendant longtemps, aucune loi n'a réglementé l'action de la police. Dans certains cantons, ce n'est qu'après 1980 que des lois générales de police ont été édictées, comportant les principes évoqués ci-dessus en plus de la liste de ses tâches et de ses compétences. Genève dispose d'une loi de police depuis 1957, alors qu'au Tessin, la première loi de ce type remonte à 1893.

La base légale spécifique de l'intervention de la police auprès des consommateurs de drogues est la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup)², et plus particulièrement son article 19 ss., qui décline les dispositions pénales qu'encourt toute personne l'enfreignant. En ce qui concerne l'Office fédéral de la police et son Office central de police criminelle chargé de réprimer le trafic illicite de stupéfiants, leur base légale est l'article 29 de la LStup ainsi que la Loi fédérale sur les offices centraux de police criminelle et l'ordonnance y relative.

Si la LStup constitue la base légale du mandat de la police dans le domaine des stupéfiants, la réalisation de ce mandat (à savoir la manière d'intervenir) est soumise à plusieurs règles : les principes constitutionnels généraux régissant l'action de toute administration, les principes susmentionnés propres à la police, et les dispositions prévues dans les lois cantonales de police et de procédure pénale (et les règlements d'application y relatifs).

Comme déjà indiqué plus haut, le principe d'opportunité ne s'applique pas à l'action pénale ni, par conséquent, à l'intervention policière dans le domaine des stupéfiants. L'article 19a chiffres 2 et 3 de la LStup est certes une disposition du droit pénal fédéral prévoyant l'application du principe d'opportunité, mais pas au niveau de la police. La suspension de la procédure nécessite en effet une décision formelle de la part du ministère public ou d'un juge.

Dans le domaine des stupéfiants, l'administration est non seulement soumise à des bases légales (lois et ordonnances fédérales et cantonales, principes constitutionnels), mais également à ses propres règlements internes (instructions générales de service) et parfois à des ordres de service (instructions de service applicables dans les cas particuliers) qui fondent l'intervention de la police au quotidien. Cette intervention se conforme par ailleurs aux principes adoptés et aux conceptions mises en œuvre en matière de politique de la drogue.

L'intervention de la police dans le secteur des stupéfiants entraîne des conséquences indirectes et parfois directes sur la santé des personnes qui consomment des drogues. Les points suivants provoquent des répercussions particulièrement importantes : premiers secours, assistance médicale (en cas d'arrestation/ de garde à vue), confiscation des seringues, gestion des scènes ouvertes, pratique en matière de dénonciation (pour consommation et petit trafic), coopération entre la police et les services sanitaires et sociaux. Dans l'ensemble, il existe peu de dispositions concernant ces points. S'agissant de l'assistance médicale, il convient de citer les procédures pénales cantonales ou les règlements pénitentiaires qui contiennent généralement des prescriptions relatives à l'assistance aux personnes arrêtées ou condamnées. Les premiers secours sur place font partie de la mission générale de la police. La question de la confiscation des seringues est réglée par les instructions générales de service. Quant à la coopération entre la police et les services sanitaires et sociaux, elle fait l'objet de dispositions figurant tant dans des textes légaux que dans des documents de référence ou des décisions publiées par les autorités exécutives.

Selon les informations que nous avons pu obtenir, aucune scène ouverte de la drogue n'est tolérée en Suisse. L'intervention de la police se base ici sur son mandat général, qui comprend la préservation de la sécurité et de l'ordre public ; vu l'absence de dispositions particulières dans la loi de police, cette intervention se fonde également sur la clause générale de l'action policière. Le mode d'intervention de la police est défini par des instructions édictées au niveau de l'autorité exécutive.

Pour ce qui est de la pratique en matière de dénonciation, la police a l'obligation de dénoncer tout acte punissable, donc aussi la consommation de drogues. Par conséquent, les instructions de service vont dans ce sens ; cependant, compte tenu des moyens limités, certaines d'entre elles mentionnent explicitement que l'attention doit être concentrée sur certains groupes particuliers ou sur certains axes prioritaires.

Les textes juridiques et les consignes formelles sont-ils mutuellement cohérents ?

Cette question porte sur la relation et la conformité des règlements administratifs ou des ordres de service avec les bases légales (en tant que textes prioritaires).

Dans l'accomplissement de ses tâches, la police est tenue de respecter les principes constitutionnels évoqués plus haut. L'intervention de la police et les instructions ou ordres de service qui la déterminent ne peuvent pas être contraires à la loi (ce qui constituerait une violation d'une loi prioritaire). Notons ici que cette étude n'avait pas pour but d'évaluer le caractère légal de l'activité de la police dans le domaine des stupéfiants, son objectif étant de comparer les textes juridiques cantonaux et les consignes formelles applicables dans ce domaine dans les villes et les cantons étudiés.

Quelles sont les différences entre les textes juridiques et les consignes formelles ?

S'agissant du rapport entre intervention policière et santé des consommateurs de drogues, on constate dans l'ensemble, qu'il n'existe que peu de textes juridiques sur le sujet, quel que soit le canton étudié. Au niveau des lois et des consignes cantonales, il existe des dispositions relatives à l'assistance médicale aux personnes arrêtées ou incarcérées. Ces dispositions figurent soit dans les lois concernant la justice pénale, soit dans les règlements sur les établissements pénitentiaires de chaque canton ; elles ne présentent pas de grandes différences entre elles sur le fond. Seuls deux cantons ont ancré de telles dispositions au niveau de la loi ; elles servent de base légale aux interventions visant à empêcher la formation d'une scène ouverte de la drogue.

Dans chaque ville et canton étudié, des consignes ont été émises au niveau des autorités exécutives ou du commandant de police au sujet des stupéfiants ou de la manière de traiter les personnes qui consomment des drogues. Dans certains cas cependant, ces directives n'ont pas été consignées par écrit. On peut relever quelques différences de fond, notamment pour ce qui est de la confiscation des seringues. Dans tous les cantons et les villes étudiés, il est d'avis que les seringues propres ne doivent pas être confisquées ; c'est aussi ce qu'exigent les consignes. En revanche, les seringues usagées sont partout confisquées, à l'exception des cantons de Genève et de St-Gall. Dans le canton de Bâle-Ville, les seringues ne sont pas systématiquement confisquées, qu'elles soient usagées ou neuves. Mentionnons également que la police genevoise procède à l'échange de seringues (usagées contre neuves).

Dans certains cantons et villes, le travail de la police dans le domaine des stupéfiants se réfère explicitement à un concept global ou à des principes généraux adoptés par les autorités exécutives. S'agissant de l'institutionnalisation de la coopération entre la police et les services sanitaires et sociaux, on constate que seuls les cantons de Genève et du Tessin accordent explicitement à la police un siège dans les commissions chargées de la lutte contre la toxicodépendance.

De par son mandat général de prévention, quel rôle la police estime-t-elle devoir assumer dans la protection de la santé des consommateurs de drogues ? Quelles mesures envisage-t-elle de prendre dans ce sens ?

Le mandat de prévention de la police concerne essentiellement la prévention des délits. La santé des usagers de drogues est abordée de la même manière que celle de la population générale – comme un bien digne de protection. Toutes les personnes-clés interviewées s'accordent à penser que les tâches prioritaires de la police relèvent du maintien de l'ordre et de la sécurité. Elles affirment unanimement aussi que la répartition claire des rôles entre police et services sanitaires et sociaux ne fonctionne qu'à la condition qu'il existe une étroite collaboration entre eux. Il apparaît qu'au cours de ces dernières années, cette coopération a évolué très positivement.

Résultats globaux

En matière de coopération entre police et services sanitaires et sociaux, cette étude a relevé les

obstacles suivants :

- l'incertitude de la police quant à son rôle dans le cadre des changements sociaux en cours ;
- la politique de la drogue est en avance sur la législation. Plusieurs interlocuteurs ont signalé que l'application des dispositions légales pose des problèmes. Ils estiment qu'il est urgent de réviser la Loi sur les stupéfiants ;
- le fossé entre ville et campagne. Certains interlocuteurs mentionnent par exemple le fait qu'à la campagne, les fonctionnaires de police sont à la fois des représentants de la loi et des « assistants sociaux ». Pour qu'il puisse y avoir une répartition claire des rôles, il faut les infrastructures nécessaires dans le domaine sanitaire et social – ce qui n'est souvent pas le cas dans les régions rurales ;
- l'absence d'un fonctionnement 24 heures sur 24 dans le domaine social. Même dans les villes où il existe les infrastructures requises, il n'est pas possible d'obtenir à toute heure une aide sociale professionnelle, parce que ces services ne sont pas organisés comme des permanences fonctionnant jour et nuit ;
- le caractère forcément limité de l'échange d'informations. Du fait du secret de fonction et de la protection de la personnalité et des données, la circulation des informations entre la police et les services sanitaires et sociaux n'est pas aussi fluide qu'on le souhaiterait. Ajoutons que l'échange porte d'ailleurs bien moins sur les individus que sur des phénomènes existants ou en voie d'apparition sur la scène de la drogue.

Les aspects suivants **favorisent** la coopération :

- la formation continue. En particulier, il est question ici du cours de la CoP, mentionné plus haut, mais aussi d'autres possibilités de mieux se connaître mutuellement (visites d'institutions, stages d'échange, etc.) ;
- la formation des cadres. Elle permet d'appliquer une stratégie top-down, dans laquelle les cadres transmettent à la base le savoir et les connaissances qu'ils acquièrent dans le domaine des stupéfiants ;
- le développement de projets pilotes. Ils clarifient le rôle et la fonction de la police, permettant ainsi à chaque fonctionnaire de police de mieux s'y retrouver ;
- la sélection du personnel. On peut veiller à engager des fonctionnaires ouverts aux changements d'approche – qui s'avèrent perpétuels dans le domaine des drogues. D'ailleurs, les compétences sociales que les policiers sont de plus en plus nombreux à vouloir acquérir leur sont utiles dans bien d'autres domaines encore que celui des stupéfiants ;
- l'information. Une information régulière et transparente (via un journal interne, des revues destinées au personnel, etc.) sur les évolutions en cours dans le domaine des stupéfiants contribue à la compréhension du sens des mesures prises et des transformations opérées ;
- les politiques doivent écouter les gens qui sont « au front » et prendre en compte leurs besoins, car ce sont eux qui doivent appliquer les décisions prises. A ce propos, on signale que la structure hiérarchique au sein même de la police rend difficile, voire même impossible, d'écouter la base.

Tout en aspirant à une répartition claire des rôles entre la police et les services sanitaires et sociaux, toutes les personnes interviewées estiment que la police contribue efficacement à la prévention dans le domaine des drogues. Elles citent des contributions indirectes, telles que les interventions précoces (qui peuvent soit mettre un terme à la carrière d'un toxicomane soit éviter qu'un jeune n'en débute une), la présence policière sur la scène de la drogue, le fait d'empêcher la formation d'une scène ouverte, le recours à la privation de liberté à des fins d'assistance, la collaboration avec les centres de transit ou de renvoi, le signalement de situations à risque, la lutte contre le crime organisé et le trafic illicite de drogues.

Quant aux contributions directes de la police à la prévention de la toxicomanie, elles se situent à plusieurs niveaux. Au niveau de la prévention primaire, les interlocuteurs mentionnent :

- le travail d'information et de relations publiques réalisé par la police au moyen de brochures et de supports pédagogiques ;
- la transmission de connaissances dans les écoles et à l'occasion de soirées de parents ;
- la formation et le perfectionnement interne à la police ;
- et l'instruction sur la circulation routière.

Au niveau de la prévention secondaire et tertiaire, ils mentionnent le soutien à des structures telles que les lieux d'accueil de proximité, les centres de jour (où la prescription d'héroïne est considérée comme une contribution active et directe à la préservation de la santé des consommateurs de drogues), de même que l'information relative aux services dispensant une aide médicale et sociale ciblée, les interventions portant sur l'aptitude à conduire sous l'effet des drogues, le fait d'empêcher l'arrivée sur le marché de produits très dangereux, voire mortels, ou encore, l'échange de seringues pratiqué par la police genevoise, et le modèle appliqué à Bâle vis-à-vis des jeunes « chasseurs de dragon » (inhalation de vapeurs d'héroïne).

Recommandations

Législation/politique de la drogue

- Les interviews menées dans le cadre de cette étude ont clairement confirmé que la politique de la drogue a connu une évolution très rapide au cours des dernières années.
- Le changement d'approche de la politique de la drogue doit maintenant donner lieu à une modification de la législation. Les efforts entrepris jusqu'ici doivent être poursuivis. L'OFSP et les représentants de la police doivent informer le grand public et les responsables (de tous les niveaux) des besoins qu'implique la poursuite de cet effort.
- Dans le domaine des stupéfiants, il conviendrait de donner la priorité à la santé et non à la poursuite pénale. Il serait souhaitable que l'OFSP et les décideurs du pilier «répression» expriment une position conjointe dans ce sens et la communique tant au grand public qu'au sein du système des quatre piliers.

Coopération

- Au cours des dernières années, la coopération entre les différents partenaires chargés de la mise en œuvre de la politique des quatre piliers a connu une évolution positive; c'est notamment le cas entre le pilier de la répression et les trois autres piliers.
- Pour chaque projet, mesure et prise de position que l'OFSP lance, soutient ou cogère, il conviendrait d'examiner comment le pilier répression peut ou doit y participer. Cette clause devrait être partie intégrante de l'assurance et du développement de la qualité prévus dans ProMeDro.
- Le groupe de travail CoPo doit bénéficier d'un appui adéquat, et ses efforts doivent être encouragés.

- En collaboration avec les services sanitaires et sociaux, l'OFSP devrait examiner s'il est possible d'assurer 24 heures sur 24 une permanence dans ce domaine – comme le fait la police. Un projet pilote permettrait d'en savoir plus.

Formation de base et formation continue

- Les offres existantes montrent qu'il s'agit d'un excellent moyen de dépasser les préjugés, de promouvoir la compréhension réciproque entre les acteurs des quatre piliers et d'intensifier leur collaboration.
- Il conviendrait d'organiser dans toute la Suisse et à intervalles réguliers des sessions de formation continue destinées aux professionnels de la police et à ceux de la santé et du travail social, à l'exemple du cours pilote organisé à Berne en 1998 par l'OFSP, l'OFSP et d'autres institutions.
- Il faut institutionnaliser des journées de travail, analogues à celles que l'OFSP, l'OFSP et la CDCT ont organisées dans toutes les régions de Suisse pour les intervenants de la police, de la santé et du travail social. Ces journées devraient accorder la place qui leur revient à l'échange d'expériences et à la présentation d'exemples et de nouvelles méthodes, dans le but notamment de constituer un inventaire des bonnes pratiques (good practices), qui pourra ensuite être diffusé dans les cantons et les villes pour y être mis en œuvre.
- Il faut que l'OFSP développe avec, notamment, l'Institut suisse de police, le groupe de travail CoPo et la CDCJP, un concept de formation de base et de formation continue des fonctionnaires de police dans le domaine des stupéfiants. La priorité doit être donnée à la formation des cadres. Ces projets doivent être coordonnés avec les programmes destinés actuellement aux intervenants en toxicomanie.

Information

- Elle est fondamentale et doit couvrir de la façon la plus objective possible les évolutions dans le domaine des stupéfiants et en matière de politique de la drogue.
- Dans sa politique d'information dans le domaine des stupéfiants, l'OFSP doit rechercher activement la collaboration et le soutien des acteurs du pilier répression.
- Il faut que l'OFSP fasse parvenir son bulletin d'information Spectra à tous les fonctionnaires de police actifs dans le champ des stupéfiants.
- Certains organes d'information publiés par les acteurs de chacun des quatre piliers devraient réserver quelques colonnes à des représentants des trois autres piliers.

La promotion de la santé au sein de la police

- Les fonctionnaires de police assument de lourdes charges. Dans le domaine des drogues tout particulièrement, ils sont souvent confrontés à de grandes détresses humaines et à des situations conflictuelles, voire dangereuses, ce qui les expose à de graves conflits de rôles.
- En collaboration avec la FSFP, les centres de formation de base et ceux de formation continue, l'OFSP doit étudier, sélectionner et mettre en œuvre des mesures permettant de protéger et de promouvoir la santé des fonctionnaires de police.

Références bibliographiques

- ¹ Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. *Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 37b).
- ² Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi fédérale sur les stupéfiants, LStup; RS 812.121).

Situation épidémiologique de la consommation de drogues en Suisse

Données disponibles

Dans le paquet de mesures visant la réduction des problèmes liés à la toxicomanie, le Conseil fédéral a exprimé ses objectifs en terme de réduction du nombre de toxicomanes gravement atteints. Ainsi formulés, ces objectifs peuvent laisser supposer que la situation épidémiologique de la consommation de drogues illégales est bien connue en Suisse, ce qui n'est assurément pas le cas – quand bien même le nombre et la qualité des données disponibles se sont améliorés ces dernières années.

Afin de déterminer l'ampleur des problèmes liés à la consommation de drogues, nous utilisons deux types d'indicateurs, dont nous allons exposer ici les avantages et les limites. Notons au préalable que ces indicateurs fournissent généralement des renseignements ne reflétant que partiellement les résultats de l'ensemble des actions entreprises, puisque :

- les résultats finaux exprimés, par exemple, en termes de comportements de consommation ou de niveau d'intégration sociale des populations cibles, proviennent souvent d'une combinaison d'influences. Celles-ci ne sont pas attribuables aux seules actions de l'OFSP, mais aussi à celles des autres acteurs impliqués ;
- ces résultats subissent également l'influence exercée par d'autres processus à l'œuvre, comme la situation économique, le marché de la drogue, la répression, etc.

Nous disposons d'**indicateurs directs de consommation** (prévalence de la consommation durant la vie, les 12 derniers mois, le dernier mois, etc.). Ils sont recueillis par des enquêtes effectuées auprès de la population générale. Leur fiabilité (concernant surtout l'estimation du niveau de consommation) est limitée, car d'une part le phénomène étudié est rare, et d'autre part la véracité

des réponses s'avère problématique puisqu'il s'agit de substances illégales. En outre, les personnes les plus touchées par les problèmes de toxicomanie, et donc celles visées en priorité par les objectifs de la Confédération, ne sont souvent pas recensées par ce type d'enquêtes. Les tendances relevées restent cependant fiables, puisque les conditions de recueil des données ne changent pas d'une enquête à l'autre.

Il existe aussi des indicateurs qui, eux, ne mesurent pas directement la consommation, mais seulement des phénomènes ou des pratiques qui s'y rapportent. Ces **indicateurs indirects** fournissent aussi des informations sur **l'ampleur et la gravité des conséquences de la consommation** de drogues. Ils sont l'expression indirecte de la problématique et constituent des indices de tendances sans réellement permettre de quantifier le nombre de toxicomanes. Un certain nombre d'indicateurs indirects fournissent des informations sur la **gravité** des problèmes liés à la consommation de drogues et sur son évolution dans le temps. Les indicateurs indirects considérés ici sont :

- le nombre de décès ;
- les indicateurs de répression (nombre de dénonciations et de condamnations) ;
- la situation sociale des consommateurs : conditions de logement et de travail, contacts avec le système répressif ;
- l'état de santé, l'exposition à certains risques pour la santé, notamment le VIH et les hépatites, l'âge d'entrée dans divers traitements ;
- l'intensité et les modalités de la consommation des drogues dures, y compris la multi-consommation ;
- la consommation de drogues légales (tabac, alcool) chez les jeunes.

Tableau 8a

Evolution de la consommation de drogues illégales sur toute la durée de vie chez les adolescents de 15 ans en 9^e année scolaire (en % d'écopliers). Source: ISPA¹

Substance	1986			1994			1998		
	Garçons n = 418	Filles n = 510	Ensemble n = 928	Garçons n = 608	Filles n = 675	Ensemble n = 1283	Garçons n = 901	Filles n = 1035	Ensemble n = 1936
Cannabis	9,7	7,1	8,4	20,5	15,8	18,2	35,6	25,7	30,8
Colles	9,8	7,1	8,5	8,0	6,6	7,3	7,7	7,7	7,7
Opiacés	0,6	0,1	0,4	2,0	1,4	1,7	0,6	0,3	0,5
Cocaïne	1,4	0,8	1,1	0,4	0,7	0,6	1,1	1,5	1,3
Amphétamines	0,8	2,3	1,5	10,3	5,6	8,0	2,3	3,8	3,0
Extasy	-	-	-	2,1	0,6	1,4	1,0	1,6	1,3
Champignons	-	-	-	-	-	-	3,4	3,5	3,5
LSD	0,7	1,1	0,9	-	-	-	1,1	1,5	1,3
Autres	1,6	0,9	1,3	6,2	2,0	4,2	3,4	1,9	2,7

N.B. Une copie de ce tableau avec intervalles de confiance figure en annexe 8a.

Indicateurs directs de la consommation

Consommation de drogues illégales chez les adolescents de 15 ans

Les enquêtes menées par l'ISPA auprès des jeunes fournissent certaines informations sur l'évolution de la consommation de drogues illégales chez les adolescents. Dans ce suivi, la population de référence est celle des jeunes de 15 ans en 9^e année scolaire, dont la consommation est mesurée sur toute la durée de vie^a (tableau 8a).

La proportion de consommateurs parmi les adolescents s'avère très stable, pour toutes les substances prises en compte sauf le cannabis. Par ailleurs, les filles ne se distinguent pas systématiquement des garçons du point de vue du niveau et de l'évolution de leur consommation. Quant à l'âge d'entrée dans la consommation de drogues dures, il ne semble pas avoir baissé.

Le cannabis est la seule drogue illégale dont la consommation présente une forte croissance entre 1986 et 1998: la proportion globale de consommateurs est passée dans cette période de

8,4 % à 30,8 %. La croissance, forte pour les deux sexes, a cependant été plus rapide chez les garçons. La différence entre filles et garçons est passée de 2,6 % en 1986 à 4,7 % en 1994 et à 9,9 % en 1998. On note également une augmentation de la disposition à consommer («oui» ou «peut-être»), qui est passée de 12,9 % en 1986 à 30,2 % en 1998 (sans différence importante entre garçons et filles).

Le tableau 8b indique la prévalence de la consommation de certaines substances chez les écopliers de 15 à 16 ans dans divers pays européens et sur toute leur durée de vie. Pour la consommation de cannabis, la Suisse se situe dans le peloton de tête, avec les Pays-Bas et la Grande-Bretagne. Pour toutes les autres substances considérées, la Suisse se situe autour de la moyenne (pour les colles en particulier) ou plutôt dans la moitié inférieure des fréquences de consommation.

Evolution de la consommation de drogues illégales dans la population âgée de 17 à 45 ans

Les données disponibles permettent de suivre de 1987 à 1997, donc à long terme, l'évolution de la consommation de drogues illégales dans la population générale âgée de 17 à 45 ans, sur toute la durée de vie (figure 8a et annexe 8b).

^a Consommation au moins une fois durant la vie (annexe 1a).

Tableau 8b

Consommation de certaines drogues illégales chez les écoliers de 15-16 ans dans divers pays européens et sur toute leur durée de vie (en % d'écoliers). Source: EMCDDA 1998²

Substance	Autriche 1994	Danemark 1996	France 1993	Italie 1995	Pays-Bas 1996	Gde-Bretagne 1995	Suisse ^a 1998
Cannabis	9,5	18,0	11,9	19,0	31,1	41,0	30,8
Colles	n.a.	6,0	5,5	8,0	n.a.	20,0	7,7
Opiacés	n.a.	2,0	0,8	2,0	1,3	2,0	0,5
Cocaine	2,0	0,5	1,1	3,0	4,3	3,0	1,3
Amphétamines	n.a.	1,9	2,5	3,0	7,8	13,0	3,0
Ecstasy	n.a.	0,5	n.a.	4,0	8,1	8,0	1,3
LSD	n.a.	0,4	1,5	5,0	n.a.	14,0	1,3

^a Pour la Suisse, écoliers de 15 ans en 9^e année scolaire (données ISPA).

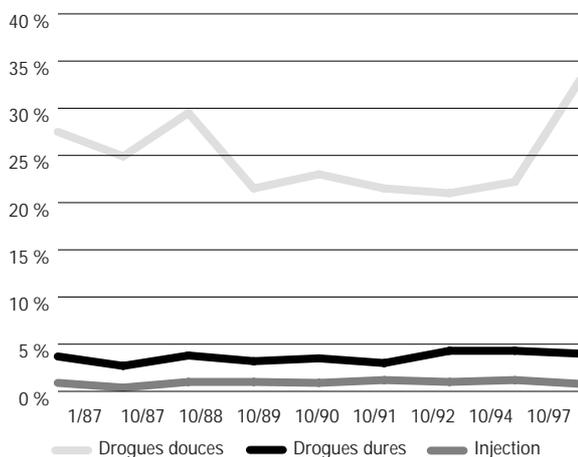
De 1994 à 1997, la proportion de consommateurs de drogues douces est passé de 22 % à 33 % chez les 17 à 30 ans, et de 15 % à 22 % chez les 31 à 45 ans. La proportion de consommateurs de drogues dures n'a pas suivi cette évolution, restant stable dans son ensemble, entre 2 et 4 % chez les plus jeunes et autour de 2 % chez les plus âgés. Cette stabilité est confirmée par la proportion des injecteurs, qui reste basse et constante au-dessous de 2 % (tant sur toute la vie que sur les 12 ou les 6 derniers mois précédant l'enquête).

Chez les jeunes de 17 à 20 ans, la consommation de drogues dures, essentiellement héroïne et cocaïne, a fluctué sans tendance claire dans un intervalle étroit : 1,3 % en 1987 et 4,1 % en 1997. La proportion de personnes s'étant déjà injectées des drogues n'a jamais dépassé 1 %, et se montait à 0,2 % en 1997.

La consommation de drogues douces a d'abord aussi fluctué sans tendance claire, dans un intervalle de 18 % à 27 % : 27,4 % en 1987 et 21,6 % en 1994. Cependant, elle atteint 34,7 % en 1997, ce qui dénote une claire augmentation par rapport à 1994.

Figure 8a

Evolution de la consommation de drogues douces, de drogues dures, et d'injection de drogues dures durant la vie dans la population suisse de 17-30 ans, entre 1987 et 1997 (en %).
Source: enquêtes IUMSP



Indicateurs indirects de la consommation

Indicateurs de répression: évolution des dénonciations pour consommation de drogues illégales

On note une tendance différente selon la substance: les dénonciations pour consommation de cannabis et de cocaïne sont en constante augmentation. En revanche, les dénonciations pour consommation d'héroïne sont en diminution depuis 1994 (figure 8b). Faut-il en déduire que l'on assiste à une augmentation du nombre de consommateurs? On peut en douter, puisque si l'on traite séparément les premières dénonciation et les dénonciations répétées (figure 8c), il apparaît que seules ces dernières augmentent, le nombre de premières dénonciations tendant à stagner ou même à diminuer.

Figure 8b

Evolution du nombre de dénonciations pour consommation entre 1974-1998, selon le type de substance. Source: OFP

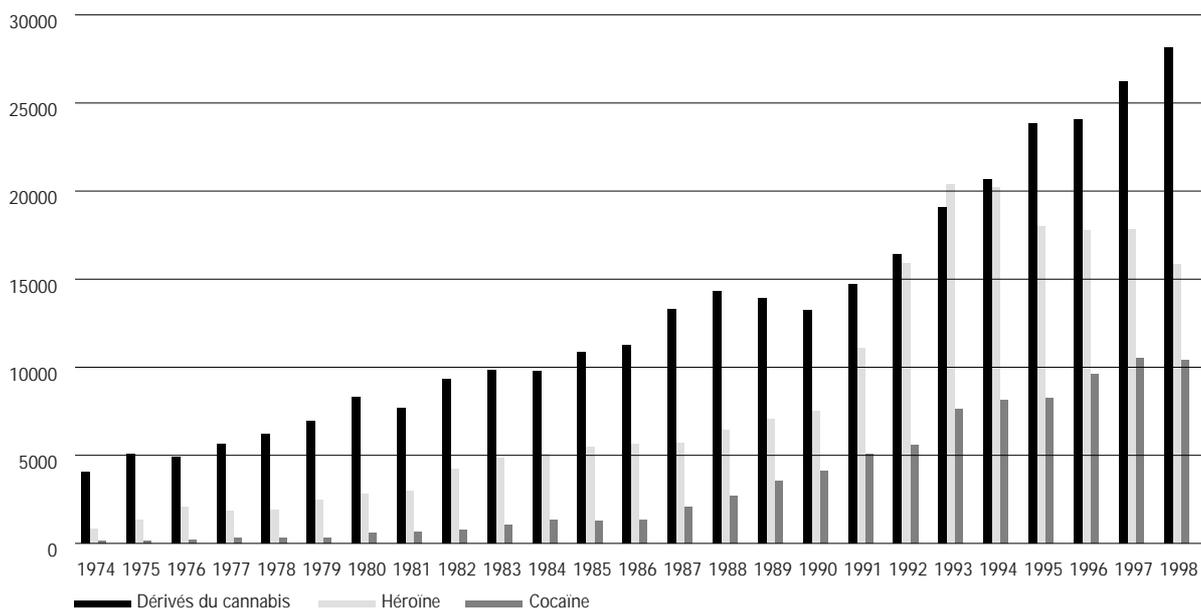
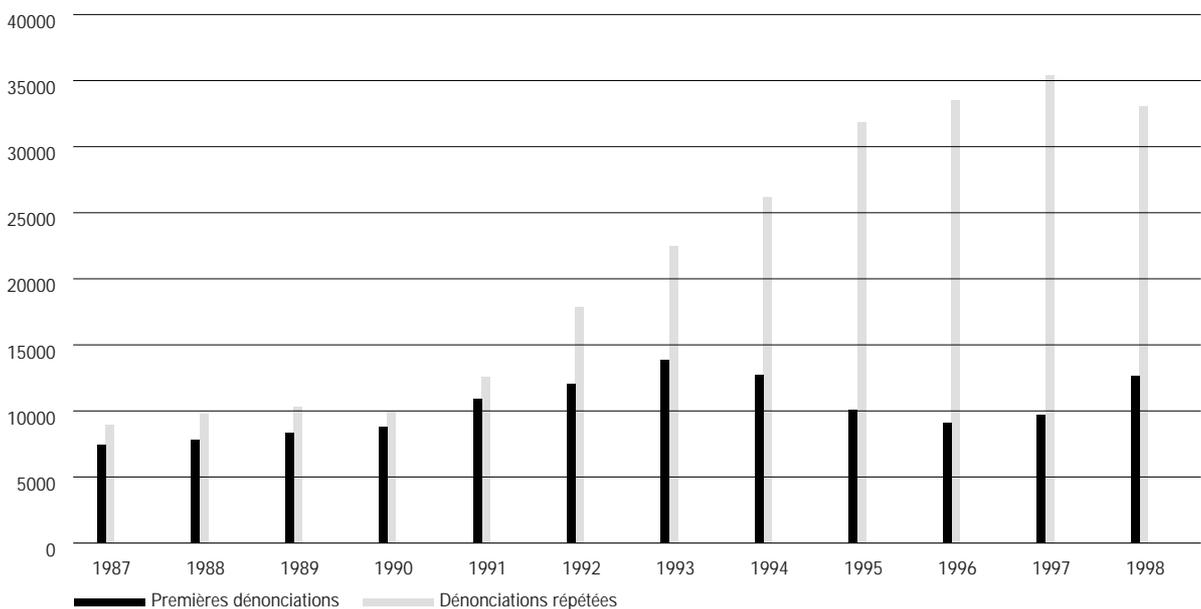


Figure 8c

Evolution des premières dénonciations^a pour consommation et des dénonciations répétées dans le cadre d'infractions à la LStup, entre 1987-1998. Source: OFP



^a Toutes substances confondues.

Les décès liés à la drogue

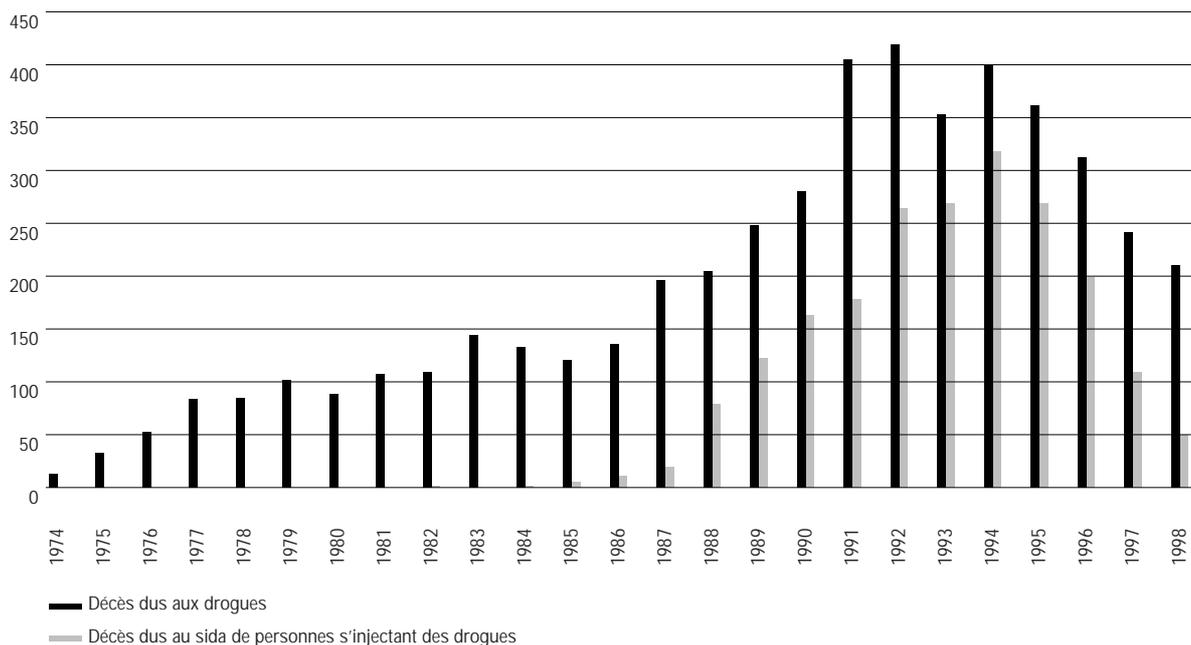
Après avoir augmenté jusqu'en 1992 (maximum à 419), les décès liés à la drogue ont amorcé une baisse prononcée et régulière pour atteindre 210 cas en 1998 (figure 8d). Les décès dus au sida, avec injection intraveineuse comme voie présumée d'infection, ont connu une évolution parallèle: rapide augmentation jusqu'au maximum de 318 en 1994, puis forte baisse jusqu'à 50 cas en 1998 (chiffre susceptible d'être révisé à la hausse, suite aux délais de déclaration). Depuis son maximum de 717 en 1994, le nombre total de décès liés à la drogue a donc baissé de 64% au cours des quatre dernières années (260 en 1998).

L'évolution des décès dans d'autres pays européens est présentée dans l'annexe 8d.

Figure 8d

Evolution du nombre de décès liés à la drogue entre 1974 et 1998, et évolution des décès dus au sida, avec injection intraveineuse voie de transmission présumée, entre 1985 et 1998.

Sources: OFP et OFSP



La consommation de tabac et d'alcool

Chez les adolescents, la consommation d'alcool et de tabac a connu une croissance sensible entre 1986 et 1998. Ainsi, la proportion d'adolescents scolarisés ayant déjà fumé du tabac à 15 ans est passée de 53% à 67%. Ces proportions diffèrent peu entre garçons et filles, et elles évoluent parallèlement (tableau 8c). 43% des jeunes de 15 à 24 ans³ déclaraient fumer en 1997, alors qu'ils n'étaient que 31% en 1992. Parmi eux, cependant, la proportion de gros fumeurs, que l'on peut considérer comme dépendants (plus d'un paquet par jour), est restée identique (10%).

La consommation d'alcool a connu une évolution différenciée (tableau 8c). Presque tous les adolescents (88% en 1998) ont déjà bu de l'alcool à 15 ans. Si la proportion de consommateurs quotidiens est restée stable entre 1986 et 1998 (2% à 3%), la proportion d'adolescents ayant déjà connu un état d'ivresse est passée de 26% à 39% entre ces deux années.

Tableau 8c

Evolution de la consommation d'alcool et de tabac chez les adolescents de 15 ans en 9^e année scolaire (en%, avec intervalles de confiance à 95%). Source: ISPA

Substance	1986			1994			1998		
	Garçons n = 446	Filles n = 555	Total n = 1001	Garçons n = 662	Filles n = 740	Total n = 1402	Garçons n = 857	Filles n = 998	Total n = 1855
Déjà bu de l'alcool ^a	84,4 ± 3,4	79,7 ± 3,4	82,1 ± 2,4	89,7 ± 2,3	85,7 ± 2,5	87,8 ± 1,7	88,7 ± 2,1	87,6 ± 2,0	88,2 ± 1,5
Consommation quotidienne d'alcool	4,6 ± 2,0	1,2 ± 0,9	3,0 ± 1,1	5,4 ± 1,7	0,6 0,1-1,4	3,1 ± 0,9	2,7 ± 1,1	0,6 0,2-1,3	1,7 ± 0,6
Etat d'ivresse ^a	32,2 ± 4,3	19,8 ± 3,3	26,2 ± 2,7	37,7 ± 3,7	27,5 ± 3,2	32,7 ± 2,5	43,9 ± 3,3	33,2 ± 2,9	38,8 ± 2,2
Déjà fumé du tabac ^a	54,9 ± 4,6	51,1 ± 4,2	53,1 ± 3,1	62,7 ± 3,7	56,2 ± 3,6	59,5 ± 2,6	69,9 ± 3,1	64,1 ± 3,0	67,1 ± 2,1

N.B. Les intervalles de confiance ont été calculés par approximation normale (par la méthode binomiale exacte pour les proportions inférieures à 1%).

^a Une fois au moins durant la vie.

Tant pour le tabac que pour l'alcool, on observe surtout une augmentation des conduites d'essai, et, pour ce dernier, des conduites d'excès. En revanche, la fréquence des situations de dépendance (possible) est restée stable dans cette tranche d'âge.

Autres indicateurs de gravité des conséquences de la consommation, recueillis par des enquêtes auprès de consommateurs

Ce chapitre présente l'évolution de certains indicateurs pertinents dans l'appréciation de l'évolution de la gravité de la consommation ou l'appréciation de certaines de ses conséquences: insertion sociale, consommation, contacts avec le système répressif, exposition à des risques pour la santé (VIH/hépatites).

Ces informations proviennent essentiellement d'enquêtes^{4,5} menées en 1993, 1994 et 1996 auprès des usagers des structures à bas seuil (SBS) orientées vers la prévention du VIH/sida en Suisse. Seuls les SBS des villes ayant participé aux trois enquêtes sont inclus dans les analyses de tendances, soit 9 centres répartis dans 7 villes^b. Les collectifs des trois années d'enquête comptent 1019 individus en 1993, 764 en 1994 et 661 en 1996.

D'autres données, d'origine suisse et étrangère, apportent un éclairage supplémentaire.

Caractéristiques socio-démographiques et insertion sociale des consommateurs

On assiste actuellement au vieillissement de la population de consommateurs qui fréquentent les SBS – consommateurs de longue date principalement. De 1993 à 1996, l'âge moyen des usagers des SBS est passé de 26,6 ans à 28,6 ans, et la proportion de personnes ayant commencé à s'injecter des drogues depuis moins de 2 ans a fortement diminué, passant de 31 % à 14 %. Cette tendance – générale – est également observée dans les statistiques d'entrées en traitement ambulatoire et résidentiel (annexe 8c). Cet indicateur du nombre de (nouveaux) consommateurs, reflète donc leur diminution, et en tout cas une diminution du nombre de consommateurs d'héroïne.

Les consommateurs vivant sans domicile fixe diminuent également, passant de 14 % en 1994 à 8 % en 1996. Les bénéficiaires d'une assurance (invalidité, chômage) ont augmenté (8 % en 1993, 25 % en 1996), comme aussi les bénéficiaires d'une aide sociale (24 % en 1993, 34 % en 1996). Le taux d'inactivité professionnelle est resté stable au cours des enquêtes (environ 50 %).

^b Berne, Soleure, Olten, Bâle, St-Gall, Genève, Lucerne.

Modes de consommation

On assiste actuellement à une augmentation de la multiconsomption de drogues (héroïne et cocaïne). La plupart des usagers des SBS consomment par injection : 85 % à 86 % d'entre eux se sont injectés des drogues au cours des 6 mois précédant les enquêtes. Les trois quarts d'entre eux ont consommé de l'héroïne et de la cocaïne au cours des 30 derniers jours, séparément ou simultanément («cocktail»). L'héroïne est cependant la substance la plus régulièrement consommée : plus des deux tiers des usagers des SBS en consomment plusieurs fois par semaine (64 % en 1993 et 69 % en 1996). Quant à la cocaïne, sa consommation régulière a augmenté : 32 % des usagers en consommaient plusieurs fois par semaine en 1996, contre 24 % en 1993. Enfin, la consommation régulière de cocktail a plus que doublé : 17 % en 1993 et 36 % en 1996.

La forte augmentation de la consommation de cocaïne est inquiétante. En effet, l'augmentation du nombre d'injections, le stress et les comportements compulsifs entraînés par ce type de consommation pourraient augmenter à l'avenir l'exposition aux risques de transmission du VIH/sida et des hépatites.

Les SBS accueillent aussi des consommateurs de drogue en traitement. Parmi les usagers des SBS – majoritairement des personnes s'injectant des drogues – 34 % suivaient un traitement à la méthadone en 1993, et ils étaient 45 % en 1994 et en 1996. En 1996, 12 % d'entre eux suivaient les programmes de prescription de stupéfiants sous contrôle médical (PROVE) contre 7 %^c en 1994. Cette proportion croissante de consommateurs en traitement de substitution parmi les usagers des SBS entraîne certaines questions sur la qualité de ces traitements : le dosage de la méthadone est-il insuffisant ? Y a-t-il une consommation parallèle de cocaïne ? etc.

Relations avec le système répressif

Les contrôles de police n'ont cessé d'augmenter chez les usagers des SBS : en 1993, 35 % d'entre eux avaient subi un contrôle lié à leur consommation de drogues dans le mois précédant l'enquête, puis 43 %

en 1994 et 53 % en 1996, où un tiers des usagers des SBS déclaraient avoir séjourné en prison une fois au moins au cours des deux dernières années.

Evolution de l'exposition aux risques, protection, test VIH chez les usagers des SBS⁶

L'utilisation une fois au moins dans la vie d'une seringue/aiguille déjà employée par une autre personne^d est restée stable au fil des trois enquêtes (38 % en 1993 et 41 % en 1996) (tableau 8d). Par contre, l'utilisation récente – dans les six mois précédant l'enquête – de matériel d'injection déjà utilisé par une autre personne a diminué, passant de 15 % en 1993 à respectivement 9 % et 10 % en 1994 et 1996. En 1996, presque toutes les personnes ayant partagé du matériel d'injection l'ont lavé au préalable (91 %). Toutefois, la désinfection n'a généralement pas été adéquate : 87 % des personnes ont déclaré avoir utilisé de l'eau, 28 % de l'alcool et 2 % de l'eau de Javel.

Dans le cadre des relations sexuelles, la protection n'a connu aucune évolution significative ces dernières années ; elle est encore insuffisante, surtout avec les partenaires stables. En 1996, dans les 6 mois précédant l'enquête, deux tiers des consommateurs de drogues se sont systématiquement protégés lors de relations sexuelles occasionnelles, en revanche 16 % déclarent n'avoir jamais utilisé de préservatif. On observe l'inverse dans les relations stables : un quart des individus se protège systématiquement, deux tiers jamais. Le taux de protection est plus élevé lorsque le partenaire stable n'est pas consommateur de drogues : en 1996, 31 % des personnes ayant un partenaire stable non consommateur ont déclaré toujours utiliser le préservatif contre 16 % lorsqu'il est consommateur.

L'usage des préservatifs est donc encore insuffisant, compte tenu de la prévalence du VIH dans cette population. En outre, de nombreux consommateurs de drogue ont des partenaires non consommateurs. Le taux de prostitution est nettement plus élevé chez les femmes : 25 % d'entre elles se sont prostituées

^c Cette question n'a pas été posée à Bâle en 1994 (n = 391).

^d Appelée parfois *partage de matériel d'injection* dans ce chapitre.

durant les 6 derniers mois contre 2 % d'hommes (1996). L'usage du préservatif dans le cadre de relations de prostitution est également différent selon le sexe : presque toutes les femmes utilisent toujours un préservatif avec leurs clients (93 % en 1996), alors que moins de la moitié des hommes s'en servent systématiquement (44 % en 1996).

La proportion de personnes déclarant avoir effectué un test VIH a progressé de 88 % en 1993 à 93 % en 1996. Le taux de séropositivité rapportée diminue, passant de 10 % en 1993 à 8 % en 1996.

En matière d'exposition au risque et de protection des usagers des SBS, on peut comparer l'évolution récente aux données plus anciennes, ainsi qu'à des données issues d'autres types de structures – surtout celles proposant des traitements ^e (annexe 8c).

Le taux de partage des seringues dans les SBS a diminué, en Suisse romande en particulier, où il était le plus élevé. A Genève, par exemple, ce taux s'élevait à 44 % en 1992⁷ et a plongé à 14 % en 1996⁸, tandis qu'à Zurich il se situait déjà à 13 % en 1989⁹ puis a encore baissé à 10 % en 1996⁴.

Les données sur le partage dans les structures de traitement sont trop rares pour pouvoir en ressortir les tendances, ce taux s'avère bas cependant dans les quelques cas où les données sont disponibles.

En ce qui concerne le taux rapporté de séroprévalence – pour lequel davantage de données sont disponibles – il a progressivement diminué dans tous les types de structures : il s'agit donc bien d'une tendance générale. A Genève, par exemple, ce taux est passé dans les SBS de 17 % en 1992³ à 8 % en 1996⁴, et à Zurich de 24 % en 1989⁵ à 21 % en 1996⁴. Dans les structures de traitement ambulatoire, 15 % des consommateurs étaient séropositifs à l'entrée en traitement en 1989¹⁰, contre 13 % en 1996¹¹, et 10 % en 1997⁷. Dans les centres de thérapie résidentielle de Zurich, le taux de séroprévalence est passé de 21 % en 1990¹² à moins de 10 % en 1993¹³. En 1997, le taux moyen suisse à l'entrée aux structures de traitement résidentiel a été de 5 %¹⁴.

^e Et qui représentent des sous-populations différentes de consommateurs.

Tableau 8d

Risques et protections, usagers des SBS en Suisse: 1993 à 1996 (en %, avec intervalle de confiance à 95%)

		1993 n = 1019	1994 n = 764	1996 n = 661
Partage de seringue/aiguille ^a	durant la vie	38 ± 3	37 ± 4	41 ± 4
	dans les 6 derniers mois	15 ± 2	9 ± 2	10 ± 2
Utilisation du préservatif ^b				
avec partenaire(s) stable(s)		60 ± 3	56 ± 4	56 ± 4
parmi eux :	toujours utilisé un préservatif	26 ± 4	24 ± 4	24 ± 4
	jamais utilisé de préservatif	56 ± 4	62 ± 5	63 ± 5
avec partenaire(s) occasionnel(s)		34 ± 3	29 ± 3	29 ± 4
parmi eux :	toujours utilisé un préservatif	61 ± 5	71 ± 6	66 ± 7
	jamais utilisé de préservatif	16 ± 4	14 ± 5	16 ± 5
prostitution féminine		-	30 ± 9	25 ± 6
parmi elles :	toujours utilisé un préservatif ^c	-	93 ± 9	93 ± 8
VIH: test et résultat				
	testés	88 ± 2	91 ± 2	93 ± 2
	séropositifs ^d	10 ± 2	8 ± 2	8 ± 2

^a Taux rapporté aux injecteurs.

^b Dans les 6 derniers mois. Utilisation : toujours, parfois, jamais (somme = 100%).

^c Utilisation du préservatif avec les clients.

^d Pourcent de personnes se déclarant séropositives au dernier test effectué.

Tableau 8e

Comparaison entre pays du taux d'usagers de SBS rapportant avoir partagé du matériel d'injection, et prévalence du VIH dans ces populations.

Pays	Année	Collectif	Taux de partage	Période	Prévalence du VIH
Londres ¹⁷	1993	Consommateurs dans et hors traitement	39%	6 derniers mois	7%
Australie ¹⁸	1995	Programmes d'échange de seringues	31%	le dernier mois	2%
Vancouver ¹⁹	1996	Programmes d'échange de seringues	40%	6 derniers mois	23%
Suisse	1996	SBS	11%	6 derniers mois	11%

Dans les essais scientifiques de prescription de stupéfiants sous contrôle médical (PROVE)¹⁵, le taux de séroprévalence à l'entrée s'est avéré légèrement plus élevé (16% pour la période d'évaluation 1993-1996) mais il s'agit d'une population de consommateurs de longue date particulièrement exposés.

Dans l'ensemble, ces données confirment un arrêt de la progression de l'épidémie dans cette population massivement testée. Les données de surveillance épidémiologique montrent que les nouveaux cas de VIH chez les toxicomanes sont en diminution¹⁶.

Le partage de matériel d'injection dans les SBS en Suisse est rare, comparé à d'autres pays n'ayant d'ailleurs pas tous connu une prévalence élevée du VIH (tableau 8e).

Aperçu synthétique

Les indicateurs directs de la consommation des drogues illégales évoluent dans deux sens opposés selon la substance: stabilisation, voire diminution du nombre de consommateurs d'héroïne, et augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne et de cannabis.

Concernant la cocaïne, il est difficile d'interpréter son augmentation sur le marché (mesurée par les dénonciations): dénote-t-elle ou non un accroissement du nombre de personnes réellement dépendantes, avec, parmi elles, l'existence d'une population de personnes dépendantes de la cocaïne seule? Les données de

consommation recueillies auprès des consommateurs d'héroïne qui s'injectent montrent, en revanche, que la double dépendance (héroïne/cocaïne) est en augmentation.

Pour le cannabis, on note une augmentation de la consommation (dans la vie) du cannabis, clairement perceptible déjà chez les jeunes de 15 ans.

Les indicateurs indirects (tableau 8f) renforcent l'hypothèse d'une diminution du nombre de consommateurs dépendants (de l'héroïne principalement).

L'appréciation de l'évolution de la gravité des problèmes liés à la dépendance exige une certaine prudence: les indicateurs de consommation (fréquence d'injection, polytoxicomanie) indiquent leur aggravation alors que les indicateurs de santé et d'insertion sociale s'améliorent ou restent stables. Les nombreuses actions développées dans le domaine de la prise en charge, de la réduction des risques et de l'aide à la survie semblent donc exercer un effet « tampon » ou « protecteur » sur la situation sanitaire et sociale des consommateurs, malgré des conditions de consommation qui se détériorent. Toutefois, une augmentation de la multiconsomption, et spécialement de la consommation de cocaïne, pourrait conduire à une saturation de cet effet protecteur. Du point de vue de la thérapie, on est en effet relativement démuné face à ce type de consommation.

Tableau 8f

Evolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants et de la gravité des problèmes liés à la dépendance^a: Synthèse et hypothèses de changement.

Indicateurs ^b	Evolution	Hypothèses de changement	
		du nombre de consommateurs dépendants	de la gravité des problèmes liés à la dépendance
Nombre de dénonciations:		►	●
héroïne	↘		
cocaïne	↗		
Age moyen des consommateurs	↗	► à ▼	●
Nombre de personnes en traitement	↗	±	▼
Nombre de décès dus à la drogue	↘	±	▼
Nouveaux cas de VIH	↘	●	▼
Exposition au risque VIH	↘	●	▼
Polytoxicomanie	↗	●	▲
Fréquence d'injection	↗	●	▲
Prostitution	→	●	►
Insertion sociale:			
logement	↗	●	▼
Insertion sociale:			
travail	→	●	► à ▼
aide sociale et AI	↗		
Légende	↗ augmentation ↘ diminution → stabilité	± indicateur incertain ▲ indicateur en faveur d'une augmentation ▼ indicateur en faveur d'une diminution ► indicateur en faveur d'une stabilisation ● indicateur non pertinent	

^a Explication du tableau:

Les données épidémiologiques sont résumées par les tendances qui se dégagent des principaux indicateurs (deux premières colonnes). En l'absence d'indicateurs directs du nombre de consommateurs et de la gravité des problèmes liés à la consommation, les informations des deux premières colonnes sont utilisées et interprétées dans les deux dernières colonnes comme indicateurs indirects de ces deux phénomènes

^b Exemple de lecture: prostitution

2^e colonne: la prostitution est stable

3^e colonne: la prostitution n'est pas un indicateur indirect du nombre de consommateurs

4^e colonne: la prostitution est un indicateur indirect de la gravité des problèmes liés à la dépendance.

La prostitution étant stable, l'hypothèse suivante peut-être formulée: les problèmes liés à la dépendance ne s'aggravent pas.

Références bibliographiques

- ¹ B. Janin-Jacquat, ISPA, *communication personnelle*.
- ² *1998 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1998.
- ³ OFS. *Enquête suisse sur la santé 1997: premiers résultats*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 1998.
- ⁴ Dubois-Arber F, Konings E, Koffi-Blanchard M, Gervasoni JP, Hausser D. *Evaluating HIV prevention of low threshold needle exchange programmes in Switzerland*. In: Friedrich D, Heckmann W, eds. *Aids in Europe: the behavioural aspect. Report of the Conference AIDS in Europe – The Behavioural Aspect*, Berlin 26-29.9.1994. Berlin: Sigma, 1995: 183-90.
- ⁵ Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. *Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse*. *Rev Epidem Sante Publique* 1998; 46: 205-17.
- ⁶ Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, 29).
- ⁷ Malatesta D, Joye D. *Toxicomanie et prévention du sida en milieu urbain: enquête auprès des usagers du bus itinérant de prévention du sida*. Lausanne: Ecole polytechnique fédérale de Lausanne/IREC, 1993 (Rapport de recherche no 110).
- ⁸ Benninghoff F. *Statistique des centres à bas-seuil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive/UEPP, 1998. (Communication personnelle).
- ⁹ Sozialamt der Stadt Zürich. *Die Drogenszene in Zürich*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, 1991 (Forschung und Dokumentation Nr. 2).
- ¹⁰ Tecklenburg U, Spinatsch M, Chilvers C. *Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungsstellen in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (ISPA), 1991.
- ¹¹ *Statistique SAMBAD (Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungsstellen in der Schweiz), communication personnelle*.
- ¹² Kaufman B, Dobler-Mikola A. *Eine Beschreibung der Pool-Klientel des Forschungsverbands therapeutischer Einrichtungen im Jahr 1991*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich, 1992 (Serie V, no 6).
- ¹³ Schüpbach Wiedemann E, Eichenberger A. *Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1993*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich, 1994 (Serie V, Nr. 9).
- ¹⁴ Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1997: rapport d'activité (version abrégée): statistique annuelle globale*. Zürich: ISF (Institut für Suchtforschung); 1998. (Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie, no 61).
- ¹⁵ Uchtenhagen A, Gutzwiller G, Dobler-Mikola A. *Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse*. Zürich: Institut für Suchtforschung; Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1997.

- ¹⁶Gebhardt M. *Sida et VIH en Suisse: situation épidémiologique fin 1997*. Berne: Office fédéral de la santé publique, 1998.
- ¹⁷Hunter GM, Donoghoe MC, Stimson GV, Rhodes T, Chalmers CP. *Changes in the injecting behaviour of injecting drug users in London 1990-1993*. *AIDS* 1995; 9: 943-501.
- ¹⁸MacDonald M, Wodak AD, Ali R, Crofts N, Cunningham PH, Dolan HA, Kelaher M, Loxley WM, Beek I, Kaldor JM. *HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study*. *Med J Aust* 1997; 166: 237-240.
- ¹⁹Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PGA, Rekart ML, Montaner JSG, Schechter MT, O'Shaughnessy MVO. *Needle exchange is not enough: lesson from the Vancouver injecting use study*. *AIDS* 1997; 11: F59-F65.

Conclusions et recommandations finales, perspectives et pistes de réflexion

Ce chapitre final comporte trois parties. Tout d'abord, un suivi de l'action de l'OFSP dans la perspective des conclusions du précédent rapport d'évaluation ; cette partie permettra de relever l'évolution constatée lors du passage au ProMeDro. Ensuite, un bref résumé rappellera les actions de l'OFSP en réponse à ses défis passés et présents dans le domaine de la toxicomanie ; cette partie traitera aussi des questions auxquelles l'OFSP devra répondre à l'avenir. Enfin, ce rapport d'évaluation s'achèvera sur une série de recommandations visant à optimiser l'action de l'OFSP à court terme.

Suivi des conclusions générales de l'évaluation (1990-1996)

Les principales conclusions du précédent rapport d'évaluation sont résumées ci-dessous. Elles sont accompagnées d'un commentaire sur l'évolution présente des objets qu'elles ciblent.

- L'OFSP s'est montré très actif et innovateur dans le développement et le soutien de projets touchant aux domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des dommages.

Cette tendance se poursuit encore aujourd'hui, et ce pour les trois piliers dont l'OFSP a la charge. Toutefois, on remarque un changement progressif dans l'esprit de son action, puisque la coordination des activités et des projets en cours supplante peu à peu les actions liées au soutien financier et à l'innovation. Ce changement correspond à une transformation générale du champ de la lutte contre la toxicomanie, qui a connu, sous l'impulsion de l'OFSP notamment, une diminution des lacunes régionales, ainsi qu'une harmonisation et une institutionnalisation progressives des politiques

cantonales. Les années 1997-1999 se sont également avérées très politisées, avec pas moins de trois votations fédérales et différentes votations cantonales portant sur la toxicomanie : au centre des débats, les essais de distribution d'héroïne sous contrôle médical, et l'OFSP, qui s'est particulièrement impliqué dans ces essais, a dû maintes fois expliquer et documenter son action. Pour ces mêmes raisons, certaines interventions de l'OFSP se sont parfois trouvées suspendues jusqu'aux résultats de votations susceptibles de modifier son champ d'action.

- Les collaborateurs de l'OFSP ont progressivement développé une politique cohérente dans chacun des domaines d'intervention, et ce notamment en interaction avec les partenaires (autorités cantonales et municipales, professionnels, associations, intervenants, etc.).

L'évaluation de la conception/planification du nouveau programme indique que les collaborateurs de l'OFSP ont continué à étendre leurs connaissances et leurs compétences. Les interactions avec les autres acteurs sont très fréquentes, comme l'attestent les résultats de l'enquête auprès des partenaires de l'OFSP et dans l'étude des modes de délégation de l'OFSP. Ces nombreuses interactions sont par ailleurs en voie d'institutionnalisation au moyen des plates-formes de coordination. Les objectifs réels et les articulations de ces dernières restent cependant peu clairs. Enfin, le recours à la délégation, qui a permis à l'OFSP d'associer à son intervention des savoir-faire, des ressources et une légitimité, constitue un autre vecteur d'interactions efficace entre l'OFSP et le terrain. Toutefois, l'OFSP s'avère bien plus cohérent dans sa politique extérieure qu'en son sein même, notamment en termes de coordination.

- Le choix d'intervenir dans tous les domaines liés à la toxicomanie a fortement contribué à faire admettre que cette problématique nécessite une approche globale.

L'OFSP n'a pas modifié cette approche, puisqu'il continue à intervenir dans tous les domaines liés à la toxicomanie, même si tous ne bénéficient pas de moyens identiques. La conclusion ci-dessus reste donc valable pour la période actuelle. Ajoutons encore

que l'institutionnalisation du modèle des quatre piliers représente l'une des grandes réussites de l'intervention de la Confédération. Celle-ci a contribué de façon décisive à faire considérer la toxicomanie dans sa globalité. La seule lacune à relever étant l'absence d'un pilier concernant la dimension sociale des problèmes de toxicomanie.

- Certains projets ont parfois été mis en place ou soutenus par l'OFSP alors que la maturité, l'expérience ou les compétences nécessaires à leur réalisation effective n'étaient pas réunies, et ce dans le cadre d'un foisonnement d'activités pas toujours contrôlées.

Cette tendance est en diminution puisque l'OFSP a progressivement développé la conception/planification et la consolidation de son activité, et que ses collaborateurs ont acquis plus d'expérience. Les garanties de la qualité d'un projet ne sont toutefois pas toujours réunies. Accroître la transparence des critères et des méthodes de sélection des projets permettrait à l'expérience cumulée au fil des ans de se concrétiser en modèles d'intervention facilement évaluables, et transposables, le cas échéant, à d'autres secteurs d'intervention de l'OFSP (sida, alcool, tabac, etc.).

- Dans le domaine de la prévention, la mise en valeur d'expériences et de compétences existantes a porté plus de fruits que le développement de projets totalement nouveaux.

Dans ce domaine, l'OFSP a aujourd'hui corrigé le tir grâce aux programmes-cadre, qui visent justement à s'appuyer sur des expériences de terrain plutôt que sur des idées totalement nouvelles. Cette nouvelle conception de l'action, consistant à définir un cadre général d'intervention dans lequel les projets locaux soient libres de s'insérer, semble optimiser les rôles de chacun. L'OFSP continue toutefois à développer lui-même quelques interventions (Funtasy, supra-f), et ce sont précisément celles-ci qui demandent le plus de réajustements et de réorganisations en cours de réalisation. Enfin, en matière de prévention, la majorité des projets, qu'ils soient soutenus ou non par l'OFSP, se réclament d'une démarche innovante : ce qui dénote le rapport étrange que l'ensemble du domaine de la prévention en Suisse entretient avec la nouveauté. Un

tel constat suggère qu'il est urgent de centraliser dans ce domaine un savoir cumulatif sur les expériences passées et présentes plutôt que de rester dans une stratégie de « fuite en avant », à l'efficacité incertaine.

- L'OFSP a contribué au développement d'un large éventail d'approches thérapeutiques et de réduction des dommages, ce qui a permis de mieux prendre en charge les divers consommateurs de drogues. L'innovation dans ce domaine (essais de prescription médicale de stupéfiants, distribution de seringues en prison, etc.) s'est faite de manière contrôlée et en s'appuyant largement sur les acteurs de terrain.

Dans les domaines thérapie/traitement et réduction des risques/aide à la survie, l'action de l'OFSP se divise en plusieurs secteurs d'interventions, ce qui confirme la volonté de maintenir une diversité de l'offre pour toxicomanes. Pourtant, il faut noter que la diversification et la personnalisation de l'offre est un processus fragile qui exige des réajustements constants. Ainsi, le dessein d'une offre répondant précisément aux besoins des personnes dépendantes se trouve compromis par les difficultés liées au financement des thérapies stationnaires, par les lacunes dans le travail sur la qualité des traitements à la méthadone (qui touchent près d'un toxicomane sur deux) ou par le relèvement de certains seuils d'accessibilité de l'offre de réduction des risques. L'institutionnalisation de l'offre et de son financement sont également des étapes essentielles au maintien d'une offre réellement accessible.

- On assiste de manière générale à une stabilisation du nombre de toxicomanes sévèrement dépendants, ainsi qu'à une diminution en ce qui concerne le partage de seringues et la séroprévalence du VIH. En revanche, on constate une augmentation de la multiconsomption, l'existence d'une frange de consommateurs qui n'ont plus d'insertion sociale digne de ce nom et qui vivent dans une grande précarité, et une tendance à l'augmentation de la consommation de drogues légales chez les jeunes.

Les tendances actuelles confirment la plupart de celles relevées dans le précédent rapport d'évaluation. La stabilisation du nombre de consommateurs et la diminution des décès par overdose ou relatifs au VIH

indiquent l'infléchissement de l'augmentation de l'entrée dans la toxicomanie et des dangers liés à la consommation de drogues. En revanche, certains facteurs signalent l'émergence de nouvelles dynamiques, notamment, l'augmentation de la consommation de cocaïne, de la polytoxicomanie et de la fréquence d'injection chez les consommateurs de drogues dures. Chez les jeunes l'augmentation de la consommation de cannabis et de drogues légales se confirme également. Il s'agit donc de nouveaux défis dans la prévention et la prise en charge des toxicomanes. Enfin, l'insertion sociale des personnes gravement dépendantes ne semble pas s'aggraver, ce qui est partiellement positif en période de chômage. L'offre réduite de travail limitant les possibilités de réinsertion.

Défis passés, présents, futurs

La décision du Conseil fédéral d'intervenir pour réduire les problèmes liés à la toxicomanie provenait, au début des années 90, de problèmes très concrets : croissance de la consommation et du trafic de drogues, multiplication des risques sanitaires et sociaux encourus par les toxicomanes, problèmes d'ordre public dans certaines villes, connaissances limitées des traitements de la toxicomanie, etc. Le mandat donné à l'OFSP visait alors à inverser les tendances en cours. Outre les moyens mis à sa disposition, son intervention pouvait s'appuyer sur un ensemble d'institutions et de personnes ayant développé en Suisse des actions et des compétences en rapport avec les problèmes de toxicomanie.

Au début de son intervention, l'OFSP a soutenu de très nombreux projets destinés aux toxicomanes, ce qui lui a permis de prendre contact avec les autorités et les professionnels concernés, et de participer concrètement à la diminution des lacunes nationales en la matière. Si la toxicomanie figure aujourd'hui parmi les priorités de l'action des collectivités publiques, c'est surtout grâce à l'approche globale de l'OFSP, qui reconnaît la toxicomanie comme un phénomène pluriel. Ceci grâce aussi à la multiplication de ses interventions et de ses collaborations, qui ont également contribué à institutionnaliser la réduction des risques et l'aide à la survie. Mais l'un des principaux résultats de l'intervention

de l'OFSP est certainement l'acceptation sociale et politique de l'action en faveur des toxicomanes, comme l'attestent les résultats des votations et l'évolution des politiques cantonales et municipales. Plus concrètement, l'intervention en faveur des toxicomanes a été améliorée, tant au plan quantitatif que qualitatif, par le développement de centrales nationales de coordination, par le soutien à l'innovation et à la recherche dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes, par la transmission d'information et par la mise en place de formations spécialisées.

L'évaluation globale relève que les limites de l'efficacité d'intervention de l'OFSP se manifestent dans les projets soutenus sans que soient assurées les conditions nécessaires à leur réussite. Le foisonnement d'actions a révélé des lacunes de coordination interne et certaines faiblesses en termes de cohérence et de priorités. La collaboration avec le terrain, sans doute l'un des points forts de l'intervention de l'OFSP, a parfois été menée avec une précipitation nuisant au bon choix des partenaires ou des délégataires, ceux-ci manquant dans certains cas des compétences nécessaires à leur mission. Il n'est pas rare que l'OFSP adresse alors à ces partenaires ou délégataires inadéquats des reproches, qui, s'ils s'avèrent bien fondés, ne le dégage pas moins de la responsabilité du mauvais choix. Finalement, le développement d'un système de surveillance, notamment par l'harmonisation de la récolte et de l'analyse des données épidémiologiques, n'a pas reçu l'attention et les moyens suffisants en regard, par exemple, du poids accordé à d'autres activités. Et cela, bien qu'il s'agisse d'une tâche normative de l'OFSP.

Aujourd'hui, certaines tendances constatées en 1991-92 restent actuelles. La toxicomanie demeure un problème de grande ampleur qui nécessite une intervention des pouvoirs publics et des institutions suisses. Néanmoins, il ne s'agit plus d'intervenir comme avant pour combler d'urgence des lacunes nationales ou pour faire prendre conscience de la réalité des problèmes de toxicomanie. Ces objectifs, mêmes s'ils ne doivent pas être abandonnés, sont en partie atteints. Les défis d'aujourd'hui se situent notamment autour des aspects de maintien et d'optimisation des interventions liées à la toxicomanie. Dans les faits, les priorités portent maintenant sur la qualité

de ces interventions, leur ancrage dans les systèmes sociaux, sanitaires ou éducatifs, le développement et la transmission effective des connaissances, la formation et le soutien des personnes qui prennent en charge les toxicomanes, la coordination nationale de l'offre et la garantie de son accessibilité. L'OFSP est donc appelé à transformer son intervention et à assumer un nouveau rôle. Celui-ci exige beaucoup de cohérence et une grande capacité de négociation avec les autres acteurs concernés. Faire appel aux expertises extérieures devra devenir routinier lorsque celles-ci manquent au sein de l'administration. La nouvelle politique du ProMeDro intègre déjà ces nouvelles orientations, et il importe que l'OFSP poursuive son action dans ce sens.

Une politique publique cohérente de lutte contre la toxicomanie doit suivre les étapes suivantes : intervenir en fonction des urgences sanitaires, développer la reconnaissance sociale et politique de la problématique et de sa complexité, puis stabiliser le contenu de l'intervention et l'améliorer en développant les connaissances et la coordination. On notera donc que l'intervention de l'OFSP est exemplaire en certains points, puisqu'il s'est d'emblée occupé de l'ensemble des domaines concernés.

Ajoutons enfin que selon les indicateurs épidémiologiques, la consommation de drogues illégales et légales des jeunes suit de nouvelles tendances. En outre, tous les types de consommation de cocaïne augmentent de façon générale. Ces tendances annoncent les défis de demain : développer des politiques de santé publique qui, d'une part, articulent au mieux la prévention de l'abus des drogues légales et illégales, et qui, d'autre part, proposent des modèles d'intervention englobant toutes les substances, tout en tenant compte des spécificités de chacune d'elles. Enfin, ces politiques devront traiter la question de la toxicomanie et de sa prévention dans un nouvel environnement social. La connaissance des nouvelles tendances en matière de toxicomanie sera donc toujours déterminante, tout comme aussi la capacité d'adaptation du système de prise en charge sociale et sanitaire. Développer les compétences et les connaissances des toxicomanes eux-mêmes constitue également un défi à court terme. Ce dernier défi a d'ores et déjà été identifié par l'OFSP, même si les actions en ce sens sont encore peu nombreuses.

Recommandations finales

- **L'OFSP doit accorder une attention toute particulière à l'harmonisation des statistiques dans le domaine de la toxicomanie, afin de disposer d'indicateurs épidémiologiques fiables. Le système de surveillance épidémiologique est un outil essentiel pour mener une politique de santé efficace en matière de toxicomanie : il devrait donc constituer une priorité dans l'intervention de l'OFSP.**
- **Les traitements à la méthadone concernent aujourd'hui près d'un toxicomane sur deux : il importe donc que des ressources soient allouées à ce secteur, pour assurer la qualité de ces traitements et pour développer les connaissances à leur sujet.**
- **L'offre thérapeutique et l'offre d'aide à la survie sont fondamentales : assurer leur diversification, leur personnalisation, leur professionnalisation et leur accessibilité doit être une préoccupation constante de l'OFSP.**
- **Il faut généraliser les processus d'ancrage des projets auxquels participe l'OFSP, pour que leur action ne se limite pas à la période de subvention et pour assurer leurs effets et leur accessibilité à long terme.**
- **La coordination interne de l'OFSP doit être développée, afin que ses partenaires puissent se référer à des concepts et à des modes d'intervention qu'il aura clairement définis. Ce point concerne notamment la coordination du domaine général de la prévention, et celle des secteurs des thérapies avec substitution, de l'aide à la survie et de la prévention secondaire. Les acteurs collaborant avec l'OFSP pourraient mieux ajuster leur action si les projets ou les recherches étaient mis au concours, et si les critères de sélection étaient plus clairement énoncés.**

- Le travail avec des délégataires s'avère très positif et il importe que l'OFSP poursuive ce type d'interventions, en s'assurant toutefois que le délégataire dispose réellement des compétences requises et qu'il reçoive des ressources suffisantes pour effectuer sa mission.
- Informer les partenaires et la population générale est une activité essentielle de l'OFSP. Ce travail lui permet de développer la coordination nationale et d'encourager l'acceptation sociale et politique de la prise en charge des problèmes de toxicomanie, notamment par des campagnes de sensibilisation, des brochures ou des rapports. Le travail de l'OFSP est exemplaire dans ce domaine et il serait souhaitable qu'il se poursuive.
- L'OFSP a également fait preuve de grandes capacités dans la prise en compte des besoins des acteurs de terrain. Il serait souhaitable qu'il persévère dans cette voie et qu'il multiplie les relais et les canaux d'information.
- La coordination nationale, ainsi que le rôle et l'articulation des plates-formes mises en place dans ce but, doivent encore être précisés et développés.
- Il est incontestablement souhaitable que l'OFSP transfère au domaine des drogues légales ses expériences et ses connaissances acquises dans celui des drogues illégales. En outre, il devrait développer des effets de synergie entre ces deux domaines.
- La collaboration avec la police doit également être maintenue et renforcée, et l'OFSP doit s'assurer que la connaissance des aspects sanitaires de la toxicomanie est effectivement transférée aux forces de police.
- L'OFSP devrait aussi préparer l'avenir dans le domaine de la toxicomanie, en identifiant notamment les questions futures relatives à l'abus de substance. Réaliser des scénarios du futur pourrait représenter un outil de planification à long terme de grande valeur.
- Finalement, la continuité de l'action de l'OFSP est indispensable au maintien des acquis des dernières années.

Annexe 1a

Glossaire

Terme	Définition
Collaborateurs de l'OFSP	Correspond au terme utilisé pour désigner les personnes travaillant à l'OFSP.
Consommation sur la durée de la vie (d'une drogue, d'une substance)	Indique le fait d'avoir consommé au moins une fois dans sa vie le produit dont il est question.
Consommation actuelle (d'une drogue, d'une substance)	Consommation qui a eu lieu pendant une période définie (un mois ou 12 mois, selon les études) précédant le moment auquel la question sur l'utilisation d'une substance a été posée.
Consommation régulière (d'une drogue, d'une substance)	La régularité de la consommation dépend, outre les substances consommées, de la définition qui lui a été donnée dans les différentes études, dont les résultats ont été repris dans ce rapport. De ce fait elle est précisée dans le texte à chaque fois qu'il est question de consommation régulière.
Drogue	Indique toute substance ou produit (ces deux termes sont par ailleurs utilisés comme des synonymes de drogue), pris par voie orale, par inhalation ou en injection, dans le but de changer l'état psychophysique, généralement en dehors d'un traitement médical. Une drogue peut être légale (alcool, tabac, médicaments) ou illégale (cannabis, opiacés, cocaïne, etc.). Le terme de <i>substance psychotrope</i> est parfois utilisé avec une signification équivalente. Le terme de drogue douce est utilisé pour désigner le cannabis et ses dérivés; celui de drogue dure désigne en premier lieu les opiacés et la cocaïne (et le crack). Les autres substances, généralement classées dans le groupe des drogues dures, telles que les amphétamines, les hallucinogènes ou les solvants (colles), sont appelées ici autres <i>drogues illégales</i> , bien que les dernières ne le soient pas vraiment.
Hiérarchie des éléments du Programme	Classement du plus petit au plus grand: projet – mesure – action (modes d'action) – Programme.
MaPaDro	L'acronyme MaPaDro est utilisé en référence à la période 1990-1996 de l'action de l'OFSP.
Noms des divers composants	10 domaines, composés de 3 piliers et de 7 mesures d'accompagnement. Les composants des « piliers » sont les « secteurs » (ambulatoire, résidentiel, etc.).
Phases de l'évaluation	Il y a 3 phases de l'évaluation. Les deux premières concernent le MaPaDro (I. Bilan initial 1991-1992, Cah Rech Doc IUMSP, no 81/II. Deuxième rapport de synthèse, 1990-1996, Cah Rech Doc IUMSP, no 111 a). La troisième phase concerne le ProMeDro (évaluation en cours).
Plate-forme	Le ProMeDro fait allusion à plusieurs reprises à des « plates-formes » dans le chapitre consacré à la coordination entre la Confédération, les cantons et les communes (villes). Il s'agit en fait de groupes de représentants (responsables cantonaux, médecins, professionnels, etc.) qui se rencontrent en vue de coordonner les différentes politiques en matière de toxicomanie. Actuellement on compte 7 plates-formes correspondant à des niveaux décisionnels variés: Comité national de liaison (CNLD), Conférence des délégués cantonaux en matière de toxicomanie (CDCT), Commission fédérale en matière de stupéfiant (CFPD), Groupe de coordination interdépartemental en matière de drogue (IDAD), le groupe drogue de l'Association des Villes suisses (DSSStV), Conférence des délégués des villes en matière de toxicomanie (CDVT) et le groupe de travail Coordination avec la police (CoPo). Toutes ces plates-formes disposent d'un secrétariat intitulé Plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues (PCS) et mis à disposition par l'OFSP.
Prévention primaire (de la toxicomanie)	Regroupe toutes les activités visant à prévenir que des personnes ne s'initient à la consommation de drogues, tant légales qu'illégales.
Prévention secondaire (de la toxicomanie)	Comprend toutes les activités qui sont développées pour détecter précocement les consommateurs de drogues et pour leur offrir une prise en charge afin d'éviter qu'ils parviennent à une consommation problématique.
Prévention tertiaire (de la toxicomanie)	Vise l'assistance et la prise en charge des consommateurs de drogues (généralement dures) dépendants, afin de limiter, voire éliminer, les dégâts sur leur santé et leur vie sociale.
Programme	En référence au ProMeDro, on parle du Programme (avec une majuscule et en évitant l'appellation paquet de mesures).
ProMeDro	L'acronyme ProMeDro sera utilisé en référence à la période 1997-2002 de l'action de l'OFSP.
Réduction des dommages, des dégâts (harm reduction)	Les activités ayant ce but visent l'amélioration des conditions médico-sociales des consommateurs les plus dépendants, les plus touchés par la misère causée par la toxicomanie et offrent des prestations dont l'objectif immédiat n'est pas la désaccoutumance (v. structures à bas seuil).

N.B. Les significations attribuées à quelques termes employés dans ce rapport, sont données ici sans aucune prétention de leur conférer une valeur absolue.

Réduction des risques	Se réfère aux risques de transmission de maladies transmissibles, telles que les hépatites et le sida.
Structures à bas seuil (SBS) (d'accessibilité)	Pour diminuer les dégâts causés par la consommation de drogues (aide à la (sur) vie) et de diminuer les risques de transmission de maladies transmissibles (y compris le sida), ces centres offrent des services d'accès facile, tout en respectant l'anonymat des utilisateurs, sans une véritable prise en charge. Les services offerts, qui favorisent le contact avec les toxicomanes les plus dépendants, couvrent une large gamme de prestations comprenant la remise de matériel injectable propre et de préservatifs, la mise à disposition de locaux d'injection, des soins médicaux simple, des conseils de santé et hygiène, l'offre de petits travaux temporaires ou encore d'hébergement provisoire. Par ces prestations il facilite l'accès à d'autres services sociaux et médicaux et visent ainsi, en dernier ressort, la désintoxication et l'intégration sociale.

Annexe 1b

Les principales priorités de ProMeDro de 1998 à 2002

Les priorités qui suivent sont des buts que l'OFSP fixe à ses actions. En parallèle l'OFSP a défini d'autres buts prioritaires sur le plan de la politique et de la législation en matière de drogue (qui ne sont pas mentionnés ici).

Accroître l'engagement de la Confédération en matière de **prévention primaire et secondaire** et d'intervention précoce pour éviter une évolution vers la toxicomanie, en insistant sur la nécessité d'un faisceau/système d'interventions ancrées dans la communauté afin que la prévention soit efficace, en particulier :

réaliser la synergie des divers programmes de prévention primaire et secondaire, initiés ou soutenus par l'OFSP ;

réaliser un programme-recherche de prévention secondaire individualisée (supra-f) permettant de mesurer et de démontrer l'efficacité d'une ou de plusieurs approches en prévention secondaire et de leur faisabilité dans le contexte suisse ;

réorienter les ressources d'impulsion de l'OFSP vers le « pilier prévention ».

Consolider l'offre de **thérapies** en tant que système coordonné, assurant mieux les possibilités pour une **sortie de la dépendance**, en particulier :

arriver à un accord sur un système de financement harmonisé des thérapies orientées vers l'abstinence, dans le système des assurances sociales et de la péréquation financière Confédération/cantons, tenant compte des diverses offres nécessaires, y compris celles visant une intervention thérapeutique précoce ;

installer un processus d'amélioration de la qualité des thérapies de substitution à la méthadone, visant en particulier une élévation du taux de rétention en thérapie ;

installer la prescription médicale d'héroïne comme offre thérapeutique intégrée dans le réseau des thérapies de la toxicodépendance ;

susciter une amélioration de l'offre de thérapies et de réduction des risques liés à l'usage de drogue dans au moins 1/3 des établissements de détention, respectivement 1/3 du nombre de places de détention.

Consolider l'offre de mesures de **réduction des risques** et de **maintien de l'intégration sociale** destinées aux personnes dépendantes ou consommant des drogues, en particulier :

assurer la pérennisation des mesures nécessaires à la réduction des risques dans le cadre des politiques de drogue des villes et des cantons, promouvoir la continuité des institutions et leur financement en tenant compte des besoins ;

élargir l'accessibilité au matériel d'injection dans les régions et villes encore sous-dotées, de manière à atteindre une couverture des besoins dans l'ensemble du pays ;

installer un processus d'amélioration de la qualité des mesures de réduction des risques et de maintien de l'intégration sociale, visant en particulier à améliorer la coopération en réseau avec les interventions des domaines de la prévention, de la thérapie et de la protection de l'ordre public ;

susciter une amélioration de l'offre de réduction des risques liés à l'usage de drogue et de thérapies dans au moins 1/3 des établissements de détention, respectivement 1/3 du nombre de places de détention.

Installation et fonctionnement efficace d'un observatoire de **monitoring épidémiologique national** sur le modèle des « points focaux REITOX » de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Transmission effective des résultats des **études épidémiologiques**, des **recherches scientifiques** et des **évaluations** en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes intervenant dans la pratique et des décideurs.

Installation d'un processus de **promotion et de management de la qualité**, commun à l'ensemble de ProMeDro, différencié selon les domaines, utile à et utilisé par plus de la moitié des institutions du domaine de la toxicomanie et des décideurs concernés (Confédération, cantons, communes, institutions privées).

Optimiser le **fonctionnement coordonné et opérationnel** des diverses commissions et plates-formes, principalement de la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie et du Comité national de liaison en matière de drogue.

Annexe 1c

Evolution de l'acceptabilité de différentes mesures de lutte contre la drogue 1991 à 1997, pourcentages des personnes favorables

	1991	1994	1997
Prévention de drogue à l'école	97	98	98
Offre de traitements	96	97	96
Poursuite des trafiquants	97	96	95
Prévention sida par vente/distribution de seringues	87	90	89
Aider les drogués à vivre	90	94	94
Prescription héroïne ou cocaïne sous contrôle médical	67	74	69
Offre de locaux d'injection	63	76	72
Tolérance consommation/vente haschich en petite quantité	42	53	42
Vente libre haschich et marijuana	29	35	35
Tolérance consommation/vente héroïne et cocaïne, petite quantité	15	17	21
Amende/prison pour tous les consommateurs	13	10	19
Désintoxication forcée	38	36	40

Source: Longchamp C, Cattacin S, Wisler D, Lehmann P. *Pragmatismus statt Polarisierung: die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen zur Drogenpolitik der Schweiz in den 90er Jahren, mit einer Analyse der Volksabstimmung über Jugend ohne Drogen*. Muri: Zentralsekretariat SGGP; 1998.

Annexe 2a

Etudes et analyses complémentaires menées par le programme d'évaluation, phases I, II et III

Domaines	Phase I, 1990-1992	Phase II, 1993-1996	Phase III, 1997-1999
Contexte	Analyse de la presse Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue	Analyse de la presse Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue	Analyse de la presse Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue Etude partenaires Etude police
Stratégie de l'OFSP		Série d'interviews des responsables de chaque domaine de l'OFSP	Série d'interviews des responsables de chaque domaine de l'OFSP Etude conception/planification Etude modes de délégation
Prévention primaire et secondaire	Evaluation de la phase 1 de la campagne nationale de sensibilisation	Evaluation de la phase 3 de la campagne nationale de sensibilisation et de l'Action Cirque Elaboration de la politique de l'OFSP en matière de prévention secondaire Analyse des représentations de la prévention et de la consommation de drogues chez des groupes de jeunes	
Traitement/assistance/réduction des risques		Monitoring des activités des centres à bas-seuil ^a Evaluation ABfD Lucerne	Monitoring des activités des centres à bas-seuil
Situation épidémiologique	Etude de la consommation de drogues chez les adolescents (analyse secondaire d'enquêtes de population) Analyse et synthèse des données épidémiologiques	Etude des clientèles des centres à bas-seuil Etude de la « population cachée » Analyse et synthèse des données épidémiologiques	Analyse complémentaires des étude des clientèles des centres à bas-seuil Analyse complémentaire étude de la « population cachée » Analyse et synthèse des données épidémiologiques
Autres sources de données	Analyse et synthèse d'autres évaluations	Analyse et synthèse d'autres évaluations	Analyse et synthèse d'autres évaluations

^a Structures spécifiques (local, bus) destinées aux consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Elles n'offrent pas de traitement, mais diverses prestations entrant dans le cadre de la réduction des risques et de l'aide à la survie (matériel d'injection, préservatif, lieu de repos, conseil, assistance médicale de base, etc.). De plus, elles respectent l'anonymat.

Annexe 3b

Grille pour les interviews des collaborateurs de l'OFSP

Pourriez-vous brièvement me faire un petit bilan des actions entreprises dans le cadre de MaPaDro dans le domaine de... ?
(bilan global et non pas action par action)

Quelles ont été selon vous les principales réussites et les principales faiblesses jusqu'ici de l'action de l'OFSP dans le domaine de... ?

En ce qui concerne le nouveau paquet de mesures, quels sont les buts généraux (et non pas les actions) que vous vous êtes fixé pour ProMeDro ?
Qui concernent-ils ?

Pourquoi ces buts ? Analyse de la situation ? Expériences passées ? Moyens et capacité d'intervention ? etc.

Comment envisagez-vous votre intervention et avec qui comptez-vous collaborer/travailler pour atteindre vos buts ? Au sein de l'office ? A l'extérieur ?
Responsabilités et répartitions des rôles ? Intervention active ou passive ?

Dans les documents qui nous sont parvenus il est indiqué que la stratégie du ProMeDro se concentre sur 4 missions particulières :

l'information et la documentation ;

la coordination ;

le soutien financier aux cantons ;

l'assurance de qualité.

Que signifient concrètement ces missions dans le domaine de... ?

Finalement, c'est quoi selon vous le ProMeDro dans son ensemble ?

Quels sont les besoins en termes d'informations et d'évaluation auxquels nous pourrions éventuellement répondre dans les prochains mois dans votre domaine ?

Annexe 4a

Evolution du nombre d'établissements et de places de traitement résidentiel en Suisse (1993-1998)

Source	Types d'établissement (traitements résidentiels)	Etablissement	Places
REHA 2000 (FSG/OSSA 1993)	Etablissements de réadaptation résidentielle (avec appartements protégés)	83	1250 (réadaptation) 235 (appart. prot.)
Enquête cantonale 1996	Inconnu	86	997
ISPA, enquête téléphonique été 1996	Ont surtout été couvertes les communautés thérapeutiques de toute la Suisse, mais aussi quelques traitements non fondés sur l'abstinence, des établissements appliquant des mesures pénales ainsi que des centres de sevrage	65/1993	1232/fin 1993
		74/1994	1429/fin 1994
		78/1995	1456/fin 1995
Evaluation « commission Schild »	Inconnu	90	Env. 1250/1996
Schaaf (1999)	Echantillon (N = 51) des établissements associés en 1998 à la statistique FOS et offrant des thérapies fondées sur l'abstinence	51	875 (réadaptation) 179 (places en appartements prot.) pour 1998
Manuel COSTE « Offres de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues » (1998)	Etablissements de réadaptation résidentielle, centres de sevrage et de traitements résidentiels non fondés sur l'abstinence ou ne s'adressant pas qu'à des toxicomanes	126	Env. 1950 (total) Env. 1390 (réadaptation, sans appart. prot.), dont quelques places en établissements à clientèle mixte (pas seulement des toxicomanes)

Source: Institut de recherche sur la toxicomanie. La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1998: *Rapport d'activité et statistique annuelle globale* (ci-inclus la comparaison des données d'entrées 1995 à 1995). Version abrégée. Zurich: Service de coordination de la Ligue FOS; 1999: 18. (Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie Nr. 77).

Annexe 5a

Liste des cas analysés dans l'étude des modes de délégation de l'OFSP (par ordre alphabétique)

ARIA, CONVERS	Programmes de formation continue et de perfectionnement professionnel.
COSTE	Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE).
I. Campagne nationale Drogues ou sport?	
II. Service Drogue et Sport	Cours de prévention des toxicomanies pour les moniteurs de sport et cours de sport pour le personnel thérapeutique d'institutions d'aide à la toxicomanie.
FIL-ROUGE	Centrale de promotion de projets de prévention des dépendances dans les institutions pour enfants et adolescents (foyers de jeunes).
FUNTASY Projects	Centrale de promotion (conseil et financement direct) pour de petits projets auprès de jeunes « hors structures » (rue, concerts, etc.).
INFOSET DIRECT	Projet visant l'élaboration d'un système de communication pour savoir quelle est l'offre en thérapie ambulatoire et résidentielle (site internet).
INTERNETZ	Projet de sensibilisation des autorités de Bâle-ville au besoins de prévention des migrants.
I. Mandats KWB	
	Mandats à la Koordinationsstelle für Weiterbildung de l'Université de Berne (KWB) pour la suite d'ARIA et CONVERS, portant sur (1) l'analyse des besoins en formation et (2) l'organisation de cette formation (Trägerschaft).
II. Commission Formation	
	Commission d'experts, issue des propositions de la KWB, mandatée pour la coordination d'un système de formation continue et de perfectionnement professionnel des intervenants en toxicomanie.
OSEO	Bureau de promotion Travail et logement pour les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales de l'œuvre Suisse d'Entraide Ouvrière (OSEO).
PROJET MIGRANTS	Projet d'information de la population générale de chaque communauté et de formation de médiateurs issus de ces communautés. Poursuit les mêmes objectifs que le Service Migration de l'OFSP en matière de mobilisation et de sensibilisation de la société et des autorités aux besoins des migrants.
PROVE	Projet de recherche en prescription de stupéfiants sous contrôle médical (PROVE).
RADIX	Bureau de promotion des projets de prévention dans les communes. Ce bureau est confié à la fondation RADIX Promotion de la santé.
SCHULTEAM	
	Promotion et diffusion du projet Schulteam (prévention secondaire dans les écoles, vise l'implication de l'établissement scolaire comme collectifs pour faire face aux situations de crise).
I. Santé & jeunesse	
	Projet de promotion de la santé dans les écoles.
II. Ecoles & santé	
	Programme-cadre de soutien financier pour des projets favorisant la santé dans les écoles.
SMAT	Promotion du programme Méthode élèves-multiplicateurs sensibilisation alcool et tabac (Schüler Multiplikatoren Alkohol und Tabak) SMAT/MESAT.
SPECTRA	Magazine de prévention et de promotion de la santé spectra. Information sur l'évolution des projets de l'OFSP.
SUPRA-F	Projet de recherche en prévention (supra-f).
VOILA	Projet de promotion de la santé et prévention des dépendances dans les associations de jeunesse. L'OFSP veut étendre ce projet au niveau national.

Annexe 5b

Répartition des cas de délégation selon les types de projets

Type de projet	Nom du projet	Domaine d'activité
Centrale de promotion	Centrale COSTE	Traitement
	Le fil rouge	Prévention-foyers de jeunes
	Fantasy	Prévention-loisirs
	Bureau OSEO	Réduction des dommages
	Bureau RADIX	Prévention
Centrale de programmation	Ecoles et Santé	Prévention écoles
	Mandat KWB, Commission Formation	Formation-intervenants
	Projet Migrants	Prévention-communautés de migrants
	Recherche PROVE	Recherche-thérapie-réduction des dommages
	Santé Jeunesse	Prévention écoles
	Recherche supra-f	Recherche-prévention
Intervention directe et multiplicateur de projet	ARIA, CONVERS	Formation-intervenants
	Campagne Drogues ou Sport?, Service Drogue et Sport	Formation prévention-thérapie
	INFOSET DIRECT	Coordination-traitement
	INTERNETZ	Coordination-prévention-communautés de migrants et sensibilisation des communes
	SCHULTEAM	Prévention-écoles
	Promotion du programme SMAT	Prévention-écoles
	Revue spectra	Information-intervenants
	Voilà	Prévention-sociétés de jeunesse

Annexe 7a

Personnes interviewées et informateurs dans le cadre de l'étude Aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues

Niveau national

Institution	Personne de contact	Adresse
Verband Schweizerischer Polizeibeamter (VSPB)	Herr Jean-Pierre Monti, Generalsekretär VSPB	Tribschenstrasse 19, Postfach 4913, 6002 Luzern
Institut suisse de police	Herr F. Lehmann, Stellvertretender Direktor	Faubourg de l'Hôpital 3, 2001 Neuchâtel
Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren (KKJPD)	Herr Regierungsrat Dr. Jörg Schild, Präsident KKJPD	Polizei- und Militärdepartement, Postfach, 4001 Basel Sekretariat: Kantonale Polizei- und Militärdirektion, Kramgasse 20, 3011 Bern
Konferenz der Kantonalen Polizeikommandanten der Schweiz (KKPKS)	Herr Dr. Jürg Rüschi, Kommandant, Mitglied KKPKS	Kantonspolizei Thurgau, Zürcherstr. 325, 8500 Frauenfeld
Schweizerische Kriminalkommission (SKK)	Herr Dr. Jürg Rüschi, Präsident SKK	
Vereinigung der Schweizerischen Kriminalpolizeichefs (VSKC)	Herr lic. iur. Martin Accola, Chef Kripo Kantonspolizei Graubünden, Präsident VSKC	Kantonspolizei Graubünden, Ringstrasse 2, 7001 Chur
Schweizerische Vereinigung Städtischer Polizeichefs (SVSP)	Herr Hans-Rudolf Eichenberger, Kommandant, Präsident SVSP	Stadtpolizei Winterthur, Obertor 13, 8400 Winterthur
Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz (KDS)	Herr Ueli Minder, wiss. Adjunkt, Leiter KDS, Fachsekretariat EKDF, NDA und IDAD	Bundesamt für Gesundheit, Sucht- und Aidsfragen Hess-Strasse 27e, 3097 Liebefeld
Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)		
Konferenz der Städtischen Beauftragten für Suchtfragen (SKBS)		
Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF)		
Nationaler Drogenausschuss (NDA)		
Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen (IDAD)		
Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes (DSSV)	Herr Jürg Häberli, Direktionsadjunkt, Sekretariat DSSV	Fürsorge- und Gesundheitsdirektion Stadt Bern, Predigergasse 5, 3000 Bern 7
Bundesamt für Polizeiwesen (BAP) Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen (IDAD)	Herr Dr. Anton Widmer, Direktor BAP, Vorsitz IDAD (gemeinsam mit BAG)	Bundesamt für Polizeiwesen, Bundesrain 20, 3003 Bern
Arbeitsgruppe Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich (ZuPo)	Christian Buschan, wiss. Adjunkt, Vorsitz ZuPo	Bundesamt für Polizeiwesen, Bundesrain 20, 3003 Bern
Arbeitsgruppe Rauschgift	Herr Dr. iur. V. Roschacher, Koordination AG Rauschgift	Bundesamt für Polizeiwesen, Bundesrain 20, 3003 Bern

Niveau cantonal et municipal

Institution	Personne de contact	Adresse
Kantonspolizei Basel-Stadt	Herr Meidinger Chef der Abt. Grenz- und Fahndungspolizei	Postfach, 4001 Basel
Staatsanwaltschaft Basel-Stadt	Herr Homberger Chef Betäubungsmitteldezernat der Staatsanwaltschaft	
Kantonspolizei Bern	Herr Fürsprecher Kurt Niederhauser Kommandant Frau Judith Voney Chefin Spezialfahndung 2	Nordring 30, 3001 Bern
Police cantonale genevoise	Monsieur Urs Rechsteiner, Chef de la police de sûreté	Case postale 236, 1211 Genève 8
Kantonspolizei St. Gallen	Herr Bruno Fehr Chef Kriminalpolizei	Klosterhof 12, 9001 St. Gallen
Comando polizia cantonale (Ticino)	Signore Romano Piazzini Comandante Signore Orlando Gnosca Chef der sezione antidroga Signore Mombelli Commissario sezione antidroga	Viale Stefano Franscini 3, 6501 Bellinzona
Police cantonale vaudoise	Monsieur Pierre Aepli Commandant Monsieur Jacques-François Pradervand Chef de la police de sûreté Monsieur Christian Hochstaettler Chef de la brigade des stupéfiants	Case postale, 1014 Lausanne
Stadtpolizei Bern	Herr Dr. Christoph Hoffmann Kommandant Herr Michael Perler Chef Kriminalpolizei Herr Zwahlen Unteroffizier Stützpunkt Mitte	Waisenhausplatz 32, Postfach, 3000 Bern 7
Stadtpolizei Zürich	Herr Dr. Marcel Bébé Leiter Einsatz und Planung	Amtshaus 1, Bahnhofquai 3, 8021 Zürich

Annexe 8a

(tableau complémentaire au chapitre 8)
Evolution de la consommation de drogues
illégalles sur la durée de vie chez les adolescents
de 15 ans en 9^e année scolaire, en %, avec
intervalles de confiance à 95 %

Substance	1986			1994			1998		
	Garçons n = 418	Filles n = 510	Total n = 928	Garçons n = 608	Filles n = 675	Total n = 1283	Garçons n = 901	Filles n = 1035	Total n = 1936
Cannabis	9.7 ± 2.9	7.1 ± 2.2	8.4 ± 1.8	20.5 ± 3.2	15.8 ± 2.8	18.2 ± 2.1	35.6 ± 3.1	25.7 ± 2.7	30.8 ± 2.1
Colles	9.8 ± 2.9	7.1 ± 2.2	8.5 ± 1.8	8.0 ± 2.2	6.6 ± 1.9	7.3 ± 1.4	7.7 ± 1.7	7.7 ± 1.6	7.7 ± 1.2
Opiacés	0.6 ± 0.8	0.1 0.0-0.1	0.4 0.1-1.0	2.0 ± 1.1	1.4 ± 0.9	1.7 ± 0.7	0.6 0.2-1.3	0.3 0.0-0.8	0.5 0.2-1.0
Cocaine	1.4 ± 1.1	0.8 0.2-2.0	1.1 ± 0.7	0.4 0.0-1.2	0.7 0.2-1.7	0.6 0.3-1.2	1.1 ± 0.7	1.5 ± 0.8	1.3 ± 0.5
Amphétamines	0.8 0.1-2.0	2.3 ± 1.3	1.5 ± 0.8	10.3 ± 2.4	5.6 ± 1.7	8.0 ± 1.5	2.3 ± 1.0	3.8 ± 1.2	3.0 ± 0.8
Ectasy	.	.	.	2.1 ± 1.1	0.6 0.2-1.5	1.4 ± 0.6	1.0 ± 0.6	1.6 ± 0.8	1.3 ± 0.5
Champignons	3.4 ± 1.2	3.5 ± 1.1	3.5 ± 0.8
LSD	0.7 ± 0.8	1.1 ± 0.9	0.9 0.4-1.7	.	.	.	1.1 ± 0.7	1.5 ± 0.8	1.3 ± 0.5
Autres	1.6 ± 1.2	0.9	1.3 ± 0.7	6.2 ± 1.9	2.0 ± 1.1	4.2 ± 1.1	3.4 ± 1.2	1.9 ± 0.8	2.7 ± 0.7

N.B. Les intervalles de confiance ont été calculés par approximation normale (par la méthode binomiale exacte pour les proportions inférieures à 1%).
Source: ISPA

Annexe 8b

(tableau complémentaire au chapitre 8)
Evolution de la consommation de drogues
illégalles dans la population de 17 à 45 ans, en %

	Janv. 87	Oct. 87	Oct. 88	Oct. 89	Oct. 90	Oct. 91	Oct. 92	Oct. 94	Oct. 97
17-30 ans									
Drogues douces vie	27.4	24.9	29.4	21.4	23.0	21.4	21.0	22.1	33.0
Drogues dures vie	3.6	2.6	3.7	3.1	3.3	2.9	4.1	4.2	3.9
Injection vie	0.8	0.2	0.9	0.9	0.7	1.1	0.9	1.0	0.7
Injection 6 mois	0.1	0.0	0.2	0.1	0.3	n.d.	0.2	0.1	0.1
Injection 12 mois	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.4	0.3	0.1	0.1
n total	1182	1211	1213	1231	1227	1427	1426	1378	1405
31-45 ans									
Drogues douces vie	n.d.	n.d.	n.d.	10.5	13.2	12.2	13.8	14.7	22.3
Drogues dures vie	n.d.	n.d.	n.d.	1.7	2.1	2.2	2.3	2.9	2.4
Injection vie	n.d.	n.d.	n.d.	0.3	0.6	0.4	0.5	1.3	0.6
Injection 6 mois	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.0	n.d.	0.0	0.1	0.1
Injection 12 mois	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.0	0.2	0.1
n total	n.d.	n.d.	n.d.	1177	1174	1371	1374	1425	1460
17-45 ans									
Drogues douces vie	n.d.	n.d.	n.d.	16.0	18.2	16.9	17.5	18.3	27.5
Drogues dures vie	n.d.	n.d.	n.d.	2.4	2.7	2.5	3.2	3.5	3.1
Injection vie	n.d.	n.d.	n.d.	0.6	0.7	0.8	0.7	1.1	0.7
Injection 6 mois	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.2	n.d.	0.1	0.1	0.1
Injection 12 mois	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.2	0.1	0.2	0.1
n total	n.d.	n.d.	n.d.	2408	2401	2798	2800	2803	2865

Note : n.d. : donnée non disponible.

Source : enquêtes IUMSP

Annexe 8c

(tableau complémentaire au chapitre 8)
Age, partage de seringues et test VIH –
rapporté ou mesuré – dans diverses populations
de consommateurs de drogues : 1989-1997

Lieu	Année	N	Age moyen	Partage 6 mois	Testé	VIH +
Structures à bas seuil (SBS)						
Zurich ¹	1989	106	27.4	13	82	24
Genève ²	1992	99	25*	44	89	17
Suisse ³ (totalité de l'échantillon)	1993	1119	26.6	17	88	10
Suisse ⁴ (totalité de l'échantillon)	1994	907	27.8	9	91	8
Suisse ⁵ (totalité de l'échantillon)	1996	944	29.0	11	93	11
Traitement ambulatoire						
Suisse statistique SAMBAD ⁶	1989	449	25		79	15
Suisse statistique SAMBAD ⁷	1996	690	26-27*	6	84	13
Suisse statistique SAMBAD ⁷	1997	412			89	10
Suisse programme PROVE (héroïne) ⁸	1993-96	1035	30.8			16
Traitement résidentiel						
Zurich ⁹	1990	205	23-25*			21
Zurich ¹⁰ (ambulatoire et résidentiel)	1991	340	26.1	4		
Zurich ¹¹	1993	293	23-25*			<10
Suisse statistique FOS ¹²	1996	748	27.2			5
Suisse statistique FOS ¹²	1997	752	27.5			5
Suisse statistique FOS ¹²	1998	913	28.2			5
Population cachée						
Suisse ¹³	1994	165	28*	11	85	13

* Age médian (femme-homme)

Références tableau 8c

- ¹ Sozialamt der Stadt Zürich. *Die Drogenszene in Zürich*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, 1991 (Forschung und Dokumentation Nr. 2).
- ² Malatesta D, Joye D. *Toxicomanie et prévention du sida en milieu urbain: enquête auprès des usagers du bus itinérant de prévention du sida*. Lausanne: IREC/EPFL, 1993 (Rapport de recherche no 110).
- ³ Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111).
- ⁴ Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. *Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse*. Rev Epidem Santé Publique, 1998; 46: 205-17.
- ⁵ *Statistique des centres à bas-seuil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. F. Benninghoff, communication personnelle.
- ⁶ Tecklenburg U, Spinatsch M, Chilvers C. *Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungstellen in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (ISPA), 1991.
- ⁷ *Statistique SAMBAD (Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungstellen in der Schweiz)*, communication personnelle.
- ⁸ Uchtenhagen A, Gutzwiller G, Dobler-Mikola A. *Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse*. Institut für Suchtforschung/ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Zürich, 1997.
- ⁹ Kaufman B, Dobler-Mikola A. *Eine Beschreibung der Pool-Klientel des Forschungsverbunds therapeutischer Einrichtungen im Jahr 1991*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich, 1992 (Serie V, Nr. 6).
- ¹⁰ Sozialamt der Stadt Zürich. *Behandlungen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich. Ersterhebung des Indikators «erste Behandlungsanfragen» 1991*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, 1992.
- ¹¹ Schüpbach Wiedemann E, Eichenberger A. *Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1993*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich, 1994 (Serie V, Nr. 9).
- ¹² Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1998. Rapport d'activité et statistique annuelle globale (version abrégée)*. FOS. Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie no 77. Zurich, 1999.
- ¹³ Kübler D, Hausser D. *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical. Etude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne: IREC/EPFL, 1995 (Rapport de recherche no 131).

Annexe 8d

(tableau complémentaire au chapitre 8)
Evolution du nombre de décès liés à la drogue
dans les pays de l'Union Européenne et en
Suisse, 1985-1997.

Pays	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Population
Belgique	12	20	17	37	49	96	90	75	80	46	48			10.1
Danemark	150	109	140	135	123	115	188	208	210	271	274	266	274	5.2
Allemagne	324	348	442	670	991	1491	2125	2099	1738	1624	1565	1699	1486	81.8
Grèce	10	28	56	62	72	66	79	79	78	146	176	222	222	10.4
Espagne	143	163	234	337	455	455	579	556	442	388	394	429		14.5
France	172	185	228	236	318	350	411	499	454	564	465	393	228	58.2
Irlande	22	8	7	15	8	11	14	17	20	19	31	40		1.8
Italie	242	292	543	809	974	1161	1383	1217	888	867	1195	1566	1153	57.1
Luxembourg	1	3	5	4	8	9	17	17	14	29	20	16	9	0.23
Pays-Bas	40	42	23	33	30	43	49	43	38	50	33			15.4
Autriche	nc	nc	nc	nc	20	36	70	121	130	140	160	179	132	7.9
Portugal		18	22	33	52	82	143	155	100	142	145	169		9.8
Finlande			3	11	14	17	26	15	17	13	19			5.1
Suède	150	138	141	125	113	143	147	175	181	205	194	250		8.8
Royaume-Uni	nc	nc	nc	1212	1191	1284	1402	1450	1399	1651	1805			58
Suisse	120	136	196	205	248	280	405	419	353	399	361	312	241	7.1

Notes : Les données ne sont pas comparables entre pays à cause de différences dans la définition des cas et dans les méthodes de récoltes de données.

nc : données disponibles mais pas comparables avec les autres années.

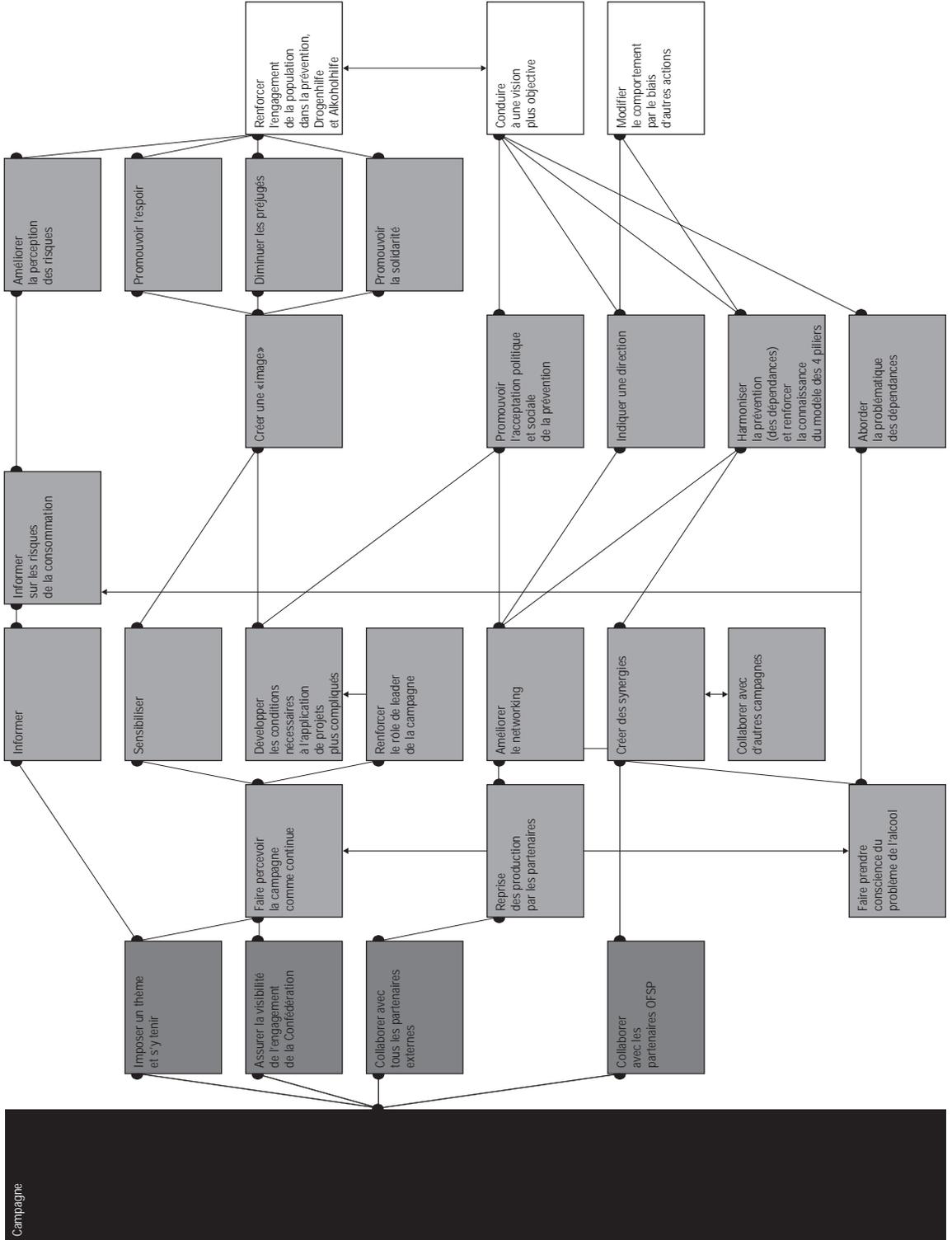
Source : EMCDDA, OFSP

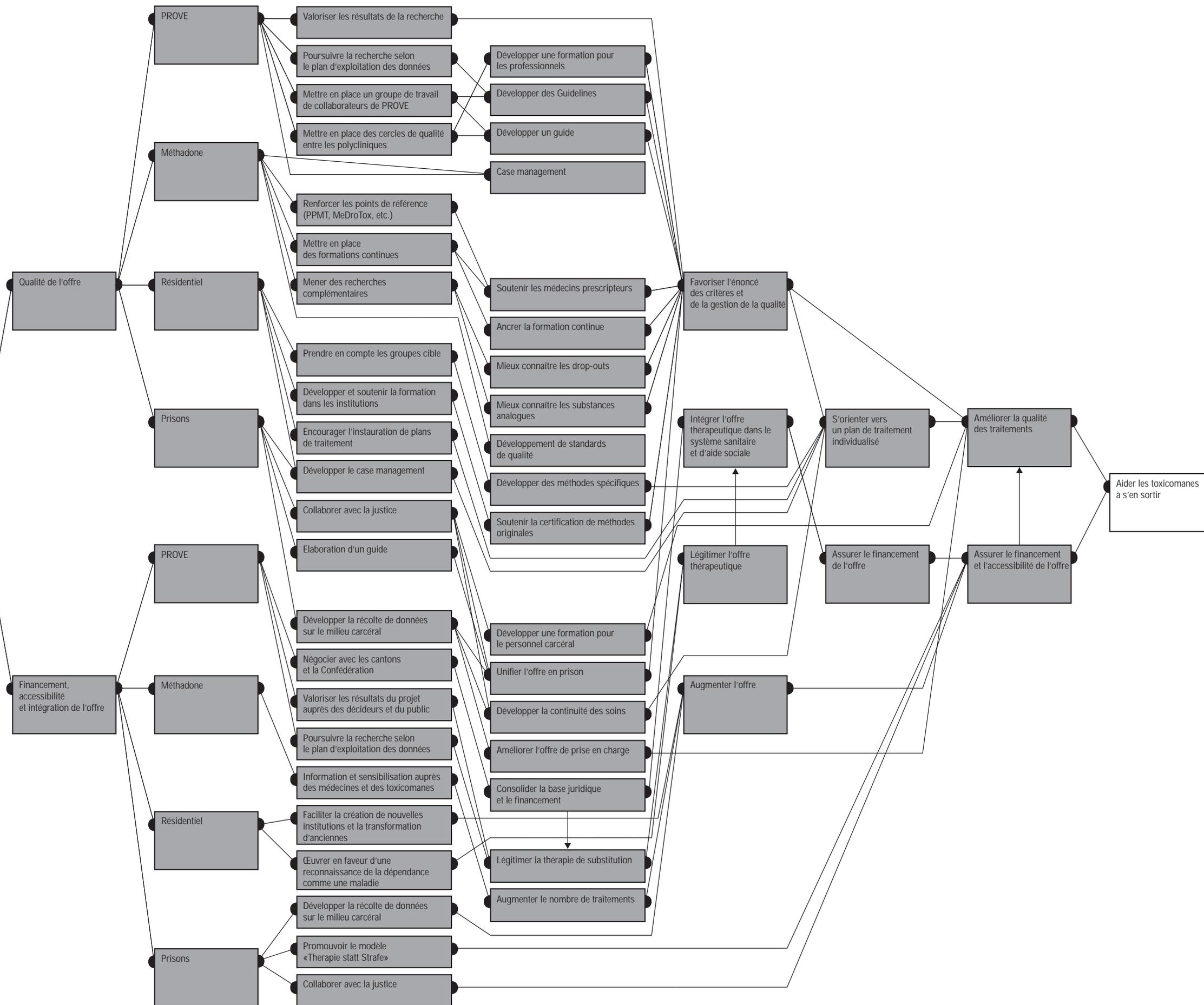
Cahier séparé 1 (Annexe 3a) Théories d'action des différents domaines

Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie

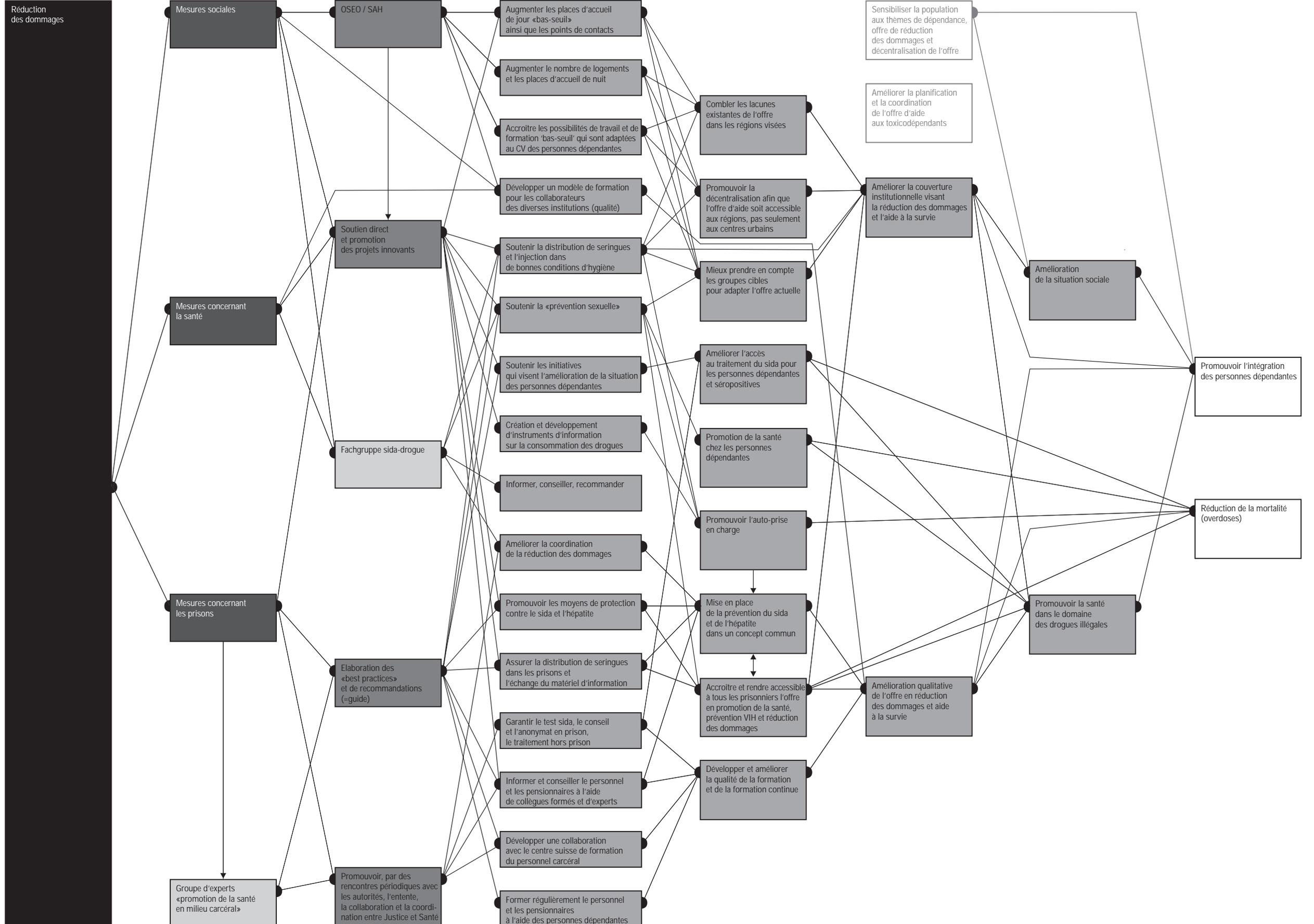
Troisième rapport de synthèse 1997-1999

Théorie d'action du domaine campagne de sensibilisation





Théorie d'action du domaine réduction des risques et aide à la survie



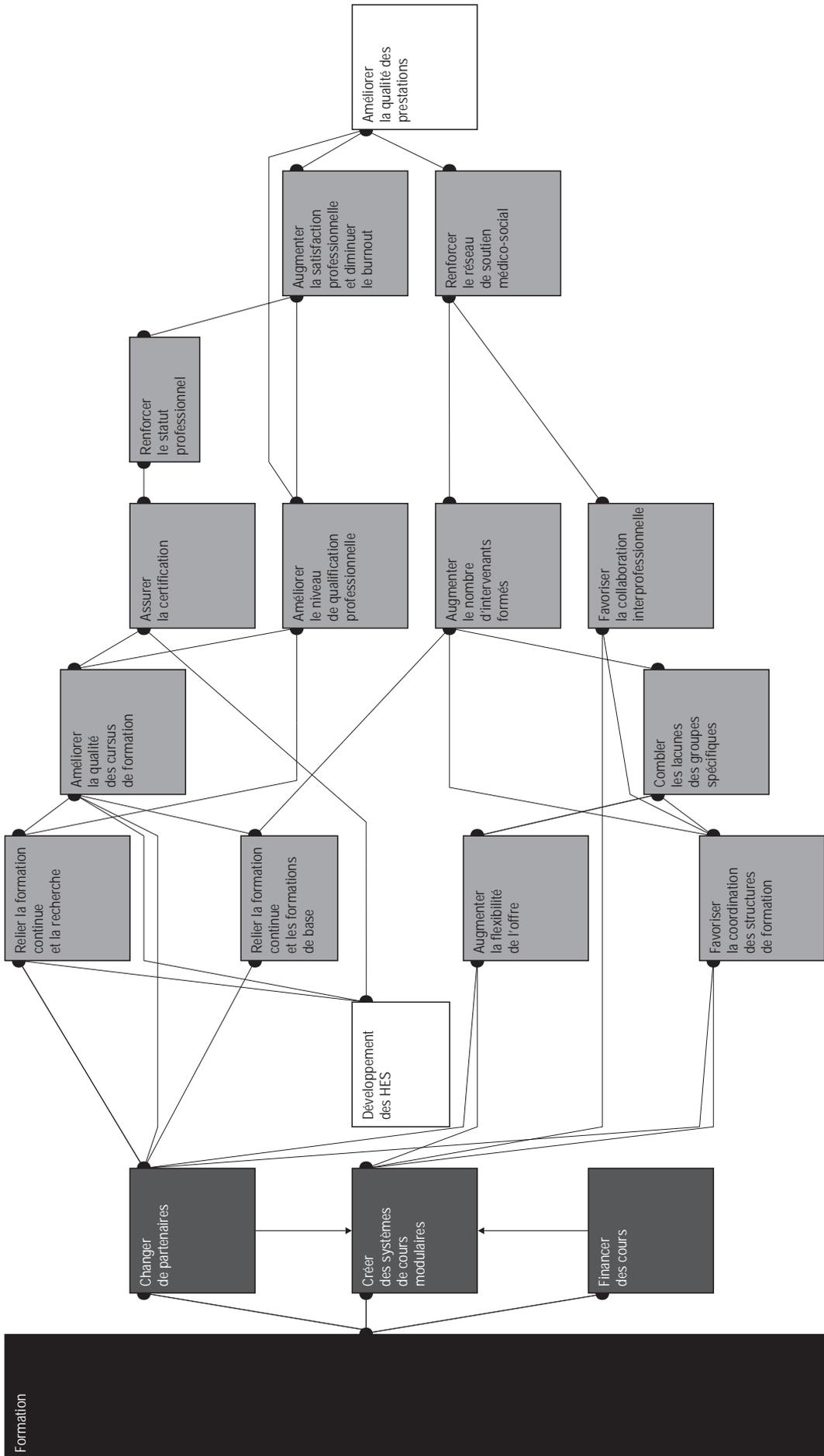


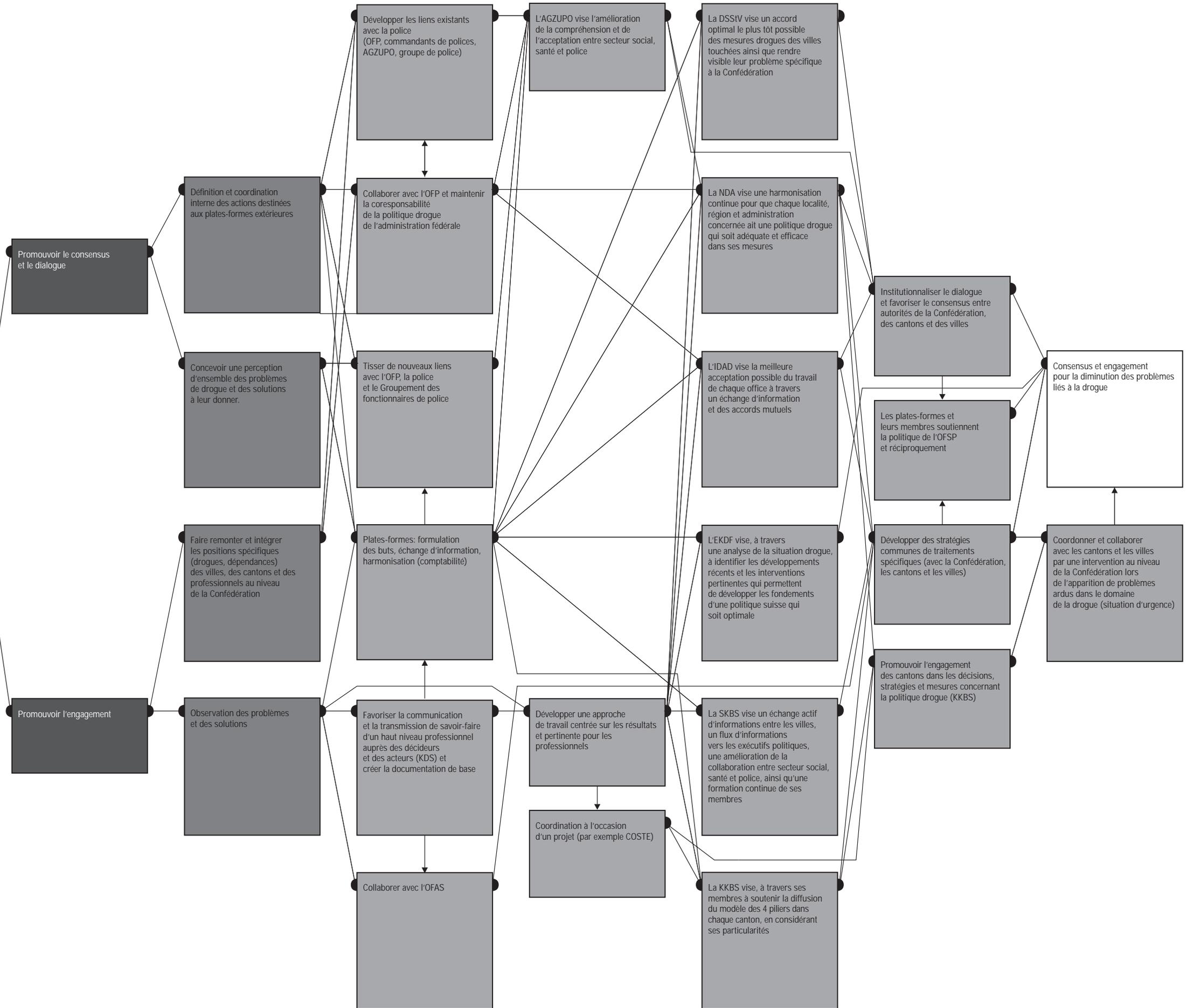
Cahier séparé 2 (Annexe 3a) Théories d'action des différents domaines

Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie

Troisième rapport de synthèse 1997-1999

Théorie d'action du domaine formation





Migrants



