

SEPTEMBRE 2011 - NUMÉRO 44

DÉPENDANCES



« Dési
addictions »

Revue éditée par
Addiction Info Suisse
et le **GREa**

SOMMAIRE

«Défi addictions»

Éditorial <i>Corine Kibora et Jean-Félix Savary</i>	p. 1
L'alcool se dissoudra-t-il dans la politique des addictions? <i>Michel Graf</i>	p. 2
Politique de prévention du tabagisme en Suisse: entre succès et défis <i>Myriam Pasche et Karin Zürcher</i>	p. 6
La régulation des jeux de hasard et d'argent <i>Jean-Patrick Villeneuve</i>	p. 10
À la recherche d'une dynamique perdue: La politique suisse des drogues à l'épreuve du temps <i>Jean-Félix Savary et Jean-Pierre Gervasoni</i>	p. 13
Médicaments psychotropes: pour un usage raisonné <i>Laurent Medioni</i>	p. 18
Addiction à internet: État des lieux sur l'offre de traitement et de prévention en Suisse <i>Richard Blättler et Frédéric Richter</i>	p. 23
Les médecins de famille partagent le questionnement éthique mené par les professionnels du champ des dépendances <i>Interview de Vinciane Frund par Jean-Félix Savary</i>	p. 26

ÉDITORIAL

En mai 2010, la parution du rapport «Défi addictions» venait couronner la première réflexion menée de manière conjointe entre les trois commissions fédérales qui s'occupent de produits psychotropes: la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool et la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme. Cette tentative faisait suite au jalon posé par Psychoaktiv.ch qui proposait d'entrer dans une démarche de convergence entre les commissions. Le résultat est un document complet qui propose effectivement une nouvelle vision de ces questions, axée sur la santé publique. Ce rapport a été salué par de nombreux acteurs. Le résultat donne un cadre cohérent et crédible à une politique addiction, bien que le "défi" à relever ne fût assurément pas simple. D'autres, cependant, ont regretté une vision centrée trop exclusivement sur la santé publique, au détriment d'autres dimensions de la question.

Quoiqu'on en dise, ce rapport se présente maintenant comme la base de toutes discussions futures sur une convergence des politiques addictions. Plutôt que de se lancer dans un débat d'experts sur la cohérence (ou non) des politiques addictions dans le futur, nous avons choisi de dresser un état des lieux de la politique actuelle en matière d'addiction. Car les défis restent immenses et différenciés selon le domaine abordé. L'approche proposée par «Défi addictions» est une source d'inspiration en poussant la réflexion au niveau théorique. Cela étant, ce rapport ne saurait masquer ce qui se trame aujourd'hui au niveau politique: le projet de révision de la loi sur l'alcool fait l'impasse sur les mesures les plus efficaces en terme de santé publique; l'application de la loi sur les stupéfiants s'opère dans une discrétion à l'image des moyens qui lui sont alloués; la révision des législations sur les jeux d'argent privilégie les rentrées d'argent dans les caisses publiques, et de manière générale, les ressources dédiées à la prévention au niveau fédéral vont en s'amenuisant. Dès lors, au-delà des déclarations d'intention, il convient de regarder la réalité en face, tout comme le chemin qu'il nous reste à parcourir. Le panorama que nous proposons dans ce numéro illustre la dissonance qui existe aujourd'hui entre un discours officiel de convergence et une réalité qui ne semble pas prendre le même chemin. A nous professionnels de poursuivre la mobilisation, d'unir nos forces et nos moyens pour appréhender l'addiction dans toute sa complexité.

Pour télécharger le rapport (ou son résumé):
http://www.bag.admin.ch/herausforderung_sucht/index.html?lang=fr

Corine Kibora, Addiction Info Suisse
Jean-Félix Savary, GREa

L'ALCOOL SE DISSOUDRA-T-IL DANS LA POLITIQUE DES ADDICTIONS?

Michel Graf, Addiction Info Suisse, Lausanne

Le rapport «Défi addictions» n'est qu'un élément de plus dans les modifications politiques qui se dessinent en Suisse un peu partout. De nombreux cantons réorganisent leurs commissions de spécialistes en regroupant toutes les thématiques relatives à l'alcool, au tabac et aux drogues illégales en une seule, sous l'appellation «addictions». Je ne reviendrai pas sur les risques et enjeux du «tout addiction» (voir «dépendances» n°41). Cette fois-ci, mon propos est de défendre la place de l'alcool dans une politique globale. Mais, est-ce bien nécessaire de le faire? L'alcool n'a-t-il pas de facto une place, et pas des moindres, dans ce concept? Démonstration.

J'entends souvent la crainte que les spécificités des substances disparaissent lors de l'élaboration d'une politique globale des addictions. Cela ne devrait pas être le cas, si ladite politique globale des addictions vise à une meilleure cohérence et cherche d'abord pour cela les points communs entre les différentes substances et comportements avant d'en esquisser les différences. C'est sur ces dénominateurs communs que pourra se construire ensuite une stratégie intégrative et évolutive. Intégrative, parce qu'elle doit respecter les différences existant entre les substances et comportements, tant au plan des risques et effets qu'au niveau de leurs ancrages sociétaux et économiques. Evolutive, parce qu'elle va prendre en considération l'émergence de nouvelles réalités de consommation, lesquelles sont susceptibles d'engendrer de nouveaux problèmes. Ces principes-là me semblent intégrés dans le rapport «Défi addictions».

LES TROIS ORIENTATIONS POLITIQUES PROPOSÉES

L'alcool n'est pas le parent pauvre de cette réflexion initiale: la diversité des risques et effets de la consommation d'alcool est intégrée dans les approches de santé publique, comme les grandes orientations politiques proposées par le rapport «Défi addictions» en témoignent. En postulant qu'il faut réfléchir et agir au-delà de la dépendance, du statut légal et des substances psychoactives, le groupe d'experts a repris des constats faits depuis longtemps par les professionnels du terrain.

Au-delà de la dépendance

Les problèmes liés à la consommation d'alcool ne sont pas générés uniquement par les personnes alcoolodépendantes, loin s'en faut! Les modes de consommation problématique d'alcool, comme l'excès ponctuel, la consommation chronique à risque et la consommation inadaptée à la situation, sont des réalités prises en considération au niveau des approches préventives. Il est vrai que le soutien politique à des mesures structurelles efficaces n'est pas très élevé! En ce sens, un cadre politique plus global pourrait nous servir. Pour les professionnels de la prise en

charge médicale ou/et sociale, ces faits sont hélas avérés quotidiennement. Cette réalité est une évidence dans les services d'urgence, qui accueillent des accidentés de la route, des victimes de violence, entre autres situations pour lesquelles l'alcool a joué un rôle important. Pour les spécialistes de la prise en charge ambulatoire ou résidentielle des problèmes d'alcool, la distinction entre addiction et consommation chronique élevée a permis de réfléchir à des approches thérapeutiques différenciées, qui intègrent désormais la consommation contrôlée et la réduction des risques.

Peut-on espérer que la garantie de l'accès au traitement et à la prise en charge (ligne directrice n°4) soit un jour une réalité?

Au-delà du statut légal

Le statut légal de l'alcool doit nous inciter / nous inviter à légiférer là où il nous semble nécessaire de le faire, comme c'est manifestement le cas pour protéger la jeunesse et les individus les plus fragiles de notre société. Parfois même en visant à réduire l'attractivité de l'alcool, afin qu'il ne soit pas consommé en trop grandes quantités; c'est le fondement de mesures qui interdisent les *Happy Hours* et toute autre forme d'offres promotionnelles. L'alcool est légal, oui, cependant, il ne doit pas être commercialisé n'importe comment!

Au-delà des substances psychoactives

Les comportements addictifs comme le jeu sont souvent associés à des consommations problématiques d'alcool et génèrent des coûts humains et sociaux qu'il s'agit de réduire au plus vite!

TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES EN ADÉQUATION AVEC L'ALCOOL

Les orientations stratégiques du rapport correspondent elles aussi aux préoccupations du domaine «alcool».

Au-delà de la responsabilité individuelle

Dépasser l'unique responsabilité individuelle pour soutenir l'application de mesures structurelles est une approche de la politique «alcool» qui s'est fortement développée depuis la publication de l'ouvrage de T. Babor en 2003, «L'alcool, un bien de consommation pas ordinaire»¹. Il reste toutefois encore beaucoup à faire! La notion de réduction des risques est aussi de plus en plus présente, que ce soit en prévention (le conducteur désigné, par exemple) ou dans le traitement (avec la consommation contrôlée, entre autres). Le financement des prises en charge est un droit affirmé par le rapport: alors, à quand une concrétisation dans la LAMal, laquelle devrait dès lors admettre que la dépendance alcoolique est une maladie?

Au-delà de la protection de la jeunesse

Si la protection de la jeunesse reste un axe prioritaire, y compris via des mesures structurelles très attendues comme l'interdiction de la publicité par exemple, elle ne doit pas être l'unique justification d'une politique de santé publique en matière d'alcool; là encore, le rapport est complètement en phase avec les experts du domaine. Reste que, si l'on se préoccupe depuis peu des personnes âgées, il serait judicieux de ne pas oublier dans nos stratégies préventives les adultes entre 30 et 60 ans, qui représentent la population la plus touchée par la consommation chronique élevée d'alcool.

Au-delà des mesures de politique sanitaire

Le dernier axe stratégique concerne l'ouverture des politiques sectorielles à une vision plus transversale des choses. Les botellones et autres apéros géants ont fait prendre conscience que l'alcool n'est pas uniquement une question sanitaire, mais aussi sécuritaire. Les aspects économiques des problèmes d'alcool sont largement révélés en milieu professionnel, où leurs coûts ont été récemment évalués à 1 milliard de francs par année². Enfin, le fait que l'alcool est une réalité de société et que le débat doit être lancé non pas uniquement entre spécialistes mais aussi – et surtout – avec la société civile s'est concrétisé en mai 2011 avec la campagne «Santé! La Suisse parle d'alcool!»³, initiée par l'OFSP en collaboration avec Addiction Info Suisse et les trois associations professionnelles des addictions.

La thématique de l'alcool trouve donc sa place dans les enjeux globaux du champ des addictions, tels que posés par le rapport «Défi addiction».

Quelles perspectives de développement les dix lignes directrices offrent-elles aux approches en matière d'alcool pour le futur? Petit état des lieux, dans le désordre.

DIX LIGNES DIRECTRICES: QUELLE PLACE POUR L'ALCOOL?

Le rapport demande que les politiques futures soient *adaptées aux dommages potentiels et à la charge des dommages réels* (ligne directrice n°2). Le coût social de l'alcool s'élève à 6,7 milliards de francs par an⁴; ce simple chiffre devrait suffire pour faire bouger les autorités politiques! Mais les quelque 8 milliards de revenus pour l'économie semblent affaiblir l'enthousiasme de nos élus... surtout s'ils ont des liens avec les milieux économiques.



Dès lors, *l'implication des producteurs, des distributeurs et des vendeurs* (ligne directrice n°7) est-elle à double tranchant! Les impliquer signifie selon moi leur donner une place dans la discussion autour des mesures qu'ils doivent prendre pour contribuer à la prévention. Or, ces mesures sont toutes de nature à restreindre leurs bénéfices, puisqu'elles visent à réduire l'attractivité et l'accessibilité à l'alcool. On doit donc tout faire pour éviter qu'en étant partie prenante des discussions autour desdites mesures, ces acteurs économiques ne créent de nombreux blocages dans le seul but de préserver leurs intérêts! Pourtant, les exclure de ces réflexions, c'est leur donner la possibilité de déclarer publiquement que leur volonté de participer est écartée du débat, afin de pouvoir ensuite dénoncer le fait que ce dernier est confisqué par les extrémistes de la prévention, fermés à toute forme de collaboration. Ce genre de déclaration a été fait par les milieux alcooliers avant même le lancement du Programme national alcool (PNA), afin de saper un certain nombre de mesures structurelles avant l'heure, avec succès, hélas.

¹ Synthèse à lire ici: http://www.addiction-info.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Babor_politique_alcool.pdf

² <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/21954.pdf>

³ <http://www.je-parle-d-alcool.ch/fr>

⁴ Voir le rapport complet ici: <http://www2.unine.ch/irene/page-11031.html>

Plus près de nous, la conceptualisation par la Régie fédérale des alcools (RFA) des récents «Modules de formation concernant la remise d'alcool aux jeunes»⁵ souffre de cette difficulté, de cette tension politico-diplomatique. Les acteurs économiques ont été invités à participer à la conception de ces modules. Du point de vue de leur contenu, de leur adéquation avec la réalité du personnel de service et de vente, c'est certainement une bonne chose. Ma crainte, fondée sur des pratiques dénoncées au plan international (voir en cela la publication «*The seven key messages of the alcohol industry*» EUCAM; février 2011⁶), est que cette participation aux travaux conceptuels ne soit ensuite utilisée comme prétexte pour ne plus rien soutenir d'autre en matière de lois protégeant la jeunesse ou restreignant l'accès à l'alcool.

L'argument: «Nous collaborons déjà activement avec les milieux de la prévention, nous faisons notre travail, nous assumons nos responsabilités!». Alors que, en se donnant les moyens de respecter la loi, les milieux économiques ne font que leur devoir, rien de plus.

Ainsi, la prévention par le biais de mesures structurelles visant l'entourage (ligne directrice n°6) peut facilement être fragilisée politiquement. Les messages distillés à l'occasion du débat sur la révision totale de la Loi sur l'alcool sont révélateurs de cette attitude de blocage évoquée précédemment. L'USAM (Union suisse des arts et métiers) a publié un communiqué de presse pour diffuser les conclusions d'une étude affirmant que la publicité pour l'alcool n'exerce aucune influence sur la consommation des jeunes. Le tout émaillé de phrases comme: «Ces mesures restrictives ne se fondent pas sur des faits scientifiques (...)». Décidément, les milieux politiques et économiques, accrochés à un bénéfice financier à court terme, ne s'embarrassent pas d'éthique pour défendre leurs portemonnaies. Ils négligent pourtant totalement le fait que ces mesures structurelles préviennent de nombreux cas d'alcoolodépendance future, donc de coûts médicaux et sociaux très élevés. Là aussi des coûts, mais pour d'autres portemonnaies?

Les coûts de traitement sont pourtant déjà bien présents, mais ils ne sont pas vraiment supportés par les caisses maladie quand il s'agit de dépendance alcoolique! Peut-on espérer que la *garantie de l'accès au traitement et à la prise en charge* (ligne directrice n°4) soit un jour une réalité? Sur quel lobby politique pourrons-nous compter à l'avenir?

Peut-être qu'en incitant à une plus grande *participation de la société civile* (ligne directrice n°9), nous arriverons petit à petit à convaincre l'opinion publique que l'addiction est une maladie. Le rapport suggère sur ce point d'impliquer les acteurs de la société civile dans des activités de prévention et de réduction des risques.

Les clubs sportifs, les associations culturelles et de loisirs, les associations de quartier, sont des acteurs qui peuvent effectivement, dans leur contexte de vie, «faire de la prévention», même sans le dire ouvertement: l'écoute active, la solidarité, l'entraide sociale, la promotion de la santé, sont entre autres des démarches ayant un potentiel de prévention des problèmes d'alcool qui doit être dit, stimulé et promu. On peut ainsi facilement *élargir le domaine d'application* (ligne directrice n°3) de la prévention à toutes les addictions, avec ou sans substances. On peut aussi ainsi ancrer les approches de *réduction des risques* (ligne directrice n°5) dans les lieux et les moments où elles sont appropriées et bien comprises. Une fête de quartier sans alcool? Un match de foot ou de hockey de ligue locale durant lequel on ne sert que des bières légères? Un groupe de parents qui s'organise pour coordonner des transports nocturnes? La liste des possibilités est immense.

En implantant les approches de prévention au plus près des besoins des groupes de population, on incite à mettre en œuvre des *approches différenciées en fonction des populations visées* (ligne directrice n°8). Il est cependant de la responsabilité des professionnels du domaine d'encadrer toute démarche de repérage précoce, pour éviter que celles-ci dérivent vers des formes de normalisation ou/et de stigmatisation⁷.

Ces spécialistes des addictions doivent pouvoir bénéficier de la meilleure formation de base et du meilleur perfectionnement professionnel possible. Augmenter les connaissances passe donc par plus de *recherche, formation, monitoring et évaluation* (ligne directrice n°9). On ne peut donc que se réjouir du fait que l'OFSP ait initié un monitoring des dépendances au niveau national. Diffuser les savoirs en matière d'addiction, et d'alcool en particulier, est aussi une nécessité. Ces savoirs ne doivent pas rester l'apanage des professionnels pointus des addictions. Pour que notre cause puisse réellement évoluer, pour que les problèmes d'alcool deviennent une priorité pour tous les acteurs du médical, du social, du psychologique, de l'éducation, etc. il faut intensifier les efforts de formation dans tous ces secteurs. Qui paiera pour cela?

Si les autorités politiques de ce pays visent les recommandations du rapport «Défi addictions», lequel revendique une *politique cohérente* (ligne directrice n°1), il faudra alors qu'elles s'en donnent les moyens financiers et politiques. L'argent se définit dans un budget. Quant au courage politique, on devrait le trouver dans les urnes... L'automne 2011 nous fera-t-il ce cadeau?

Je l'espère. Sinon, l'alcool sera dilué, non pas dans la politique des addictions, mais dans ... la politique tout court.

Courriel:
mgraf@addiction-info.ch

⁵ <http://www.eav.admin.ch/dokumentation/00445/00662/index.html?lang=fr>

⁶ http://www.eucam.info/content/bestanden/seven_key_messages_of_the_alcohol_industry.pdf

⁷ JF Savary et M Graf, *La mise en œuvre de l'art. 3C de la LStup: un enjeu majeur pour les professionnels, dépendances n° 43 - juin 2011*



JEUDI 1^{er} décembre 2011

XII^{ème} journée CoRoMA



Réseau fribourgeois de santé mentale
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit

Si loin, si procheS: impliquer l'entourage en médecine de l'addiction

© Matt Perlich - octobre 2010

FORUM FRIBOURG

Route du Lac 12 / 1763 Granges-Paccot

CONFÉRENCES

- **Prof. Ilario Rossi:** *Les soins comme enjeu du lien social*
- **Prof. Michael Klein:** *Enfants de parents dépendants: les faits, les risques, le soutien*
(allemand avec traduction simultanée en français)
- **Dr Paul Neuburger:** *Peut-on prendre en charge les couples de personnes dépendantes?*

La journée CoRoMA sera clôturée par une table ronde.

ATELIERS (sous réserve de modifications)

- Interagir avec le conjoint au cabinet médical
- Comorbidité psychiatrique chez la personne codépendante
- Sexualité et réduction des risques
- Abord du couple de personnes dépendantes
- Groupes thérapeutiques de proches
- De la salle d'attente à la rue et vice-versa, travail hors-mur
- Groupes d'entraides et autosupport
- Droit et devoirs des patients et des proches
- Intervenir auprès de l'entourage des personnes migrantes
- Associations de parents
- Suivi des enfants de parents dépendants
- Approches familiales et traitements résidentiels

La journée CoRoMA est organisée avec le soutien financier de l'Office fédéral de la santé publique.

«On parle de famille marquée par la dépendance» lorsque l'un des parents ou les deux souffrent d'une dépendance, il s'agit d'une catégorie diagnostique, qui ne devrait pas conduire à «stigmatiser» les personnes concernées, mais à souligner que cette famille «a besoin d'aide». (Michael Klein)

Cette citation est également valable pour les familles dont un ou plusieurs des enfants souffrent de dépendance. Le comité d'organisation des Journées CoRoMA-FRIBOURG 2011 vous invite à explorer les moyens et les voies permettant d'amener du soutien aux familles confrontées par la dépendance.

Le colloque s'adresse aux médecins de premier recours, aux intervenants interprofessionnels du domaine des dépendances, ainsi qu'à tout autre acteur concerné par le domaine ou par le thème de la journée.

COMITÉ D'ORGANISATION

Sami Abid, Jean Bergeron, Sabine Corzani, Laurence Clivaz Mariotti, Patricia Davet, Marion Forel, Isabelle Gothuey, André Kuntz, George Riesen, Jean-Félix Savary, Olivier Simon.

SECRÉTARIAT ET RENSEIGNEMENTS

Réseau fribourgeois de santé mentale, 1633 Marsens
Tel: +41 26 305 77 01 – Fax: +41 26 305 98 05
E-mail: DavetPat@rfsm.ch

INSCRIPTIONS

www.romandieaddiction.ch

COÛT DE L'INSCRIPTION (délai 31 octobre)

CHF: 85.-

THÉMATIQUE

CONTACTS



COROMA

Collège Romand de Médecine de l'Addiction

en partenariat avec



ADDICTION | INFO | SUISSE



GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS



Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions



Swiss Society of Addiction Medicine
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin
Société Suisse de Médecine de l'Addiction
Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze

POLITIQUE DE PRÉVENTION DU TABAGISME EN SUISSE: ENTRE SUCCÈS ET DÉFIS

Myriam Pasche et Karin Zürcher, Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET-Vaud), Ligues de la santé, Vaud.

En Suisse, le champ d'action de la prévention du tabagisme est très large et occupé par de nombreux acteurs aux insertions professionnelles et institutionnelles variées. La politique de prévention du tabagisme a pris un essor important cette dernière décennie, opérant un changement radical sur le plan de la norme sociale. Des mesures de santé publique, encore à peine imaginables il y a dix ans, sont aujourd'hui entrées en vigueur sans provoquer les pires effets attendus par leurs détracteurs. Entre mesures structurelles et mesures individuelles, la prévention du tabagisme progresse et voit son parcours jalonné de belles réussites, mais également d'importants défis à venir. Par ailleurs, l'articulation de la politique de prévention du tabagisme avec celle, plus large, des addictions, doit être discutée dans le but de développer une approche toujours plus cohérente.

CONTEXTE

En Suisse, la lutte contre le tabagisme peut être pensée en regard de la Convention-cadre de lutte contre le tabagisme (CCLAT, Framework Convention on Tobacco Prevention FCTC) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), traité international servant de cadre à des interventions efficaces et balisant ainsi les champs d'action. Toutefois, elle doit également être intégrée à un système politique fédéral générateur de pluralismes. Cette Convention est la première à avoir une nature juridiquement contraignante pour les Etats qui la ratifient; ces derniers doivent obligatoirement en appliquer les mesures définies par la Conférence des Parties (organe directeur de la Convention). Premier traité global de santé publique, cette Convention est l'une des plus ratifiées de l'histoire des Nations Unies. Depuis son entrée en vigueur en 2005, 173 Etats l'ont ratifiée.

Si le Conseil fédéral a signé cette convention en 2004 exprimant ainsi sa volonté d'en devenir Parties, la Suisse fait partie du petit nombre d'Etats qui ne l'a, à ce jour, pas encore ratifiée. Pour ce faire et afin de ne pas déroger au droit suisse, la Confédération doit préalablement mettre son droit interne en accord avec le traité international. La ratification de la Convention-cadre ne pourra être effective qu'une fois certaines dispositions légales prises, comme par exemple l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, une protection contre l'exposition à la fumée du tabac suffisante sur le plan fédéral, une interdiction de vente aux mineurs, ou encore une accessibilité renforcée de l'aide à l'arrêt. Actuellement, la Suisse n'a donc qu'un statut d'observateur lors des négociations des Parties de la Convention-cadre.

En mars 2011, l'Association des Ligues Européennes contre le Cancer a publié un classement de l'état d'avancement de la politique de prévention du tabagisme dans 31 pays (The Tobacco Control Scale 2010 in Europe¹).

La Suisse figure au 11^e rang de ce classement. Sa législation lacunaire en matière de publicité pour le tabac et sa non-ratification de la Convention-cadre sont les zones d'ombres de la politique préventive en Suisse, alors que l'existence du Fonds de Prévention du Tabagisme (FPT) et le déploiement de campagnes de sensibilisation large public lui permettent de ne pas se classer en queue de peloton.

A ce jour, le commerce du tabac, héritier de l'histoire, est réglementé de manière diffuse par plusieurs textes tels que la Loi fédérale sur les denrées alimentaires, la Loi fédérale sur la radio et la télévision, la Loi fédérale sur l'imposition du tabac... Le développement d'un cadre légal cohérent englobant tous les aspects liés à sa production, son imposition et sa consommation est indispensable pour assurer l'efficacité des mesures structurelles en termes d'impact sur la santé de la population. Or, les opportunités d'actualiser la législation aux connaissances actuelles se confrontent à la réalité de l'agenda politique qui ne coïncide pas toujours avec les préoccupations des professionnels de la santé publique. Cet état de fait doit enjoindre les promoteurs de la santé à apprécier les victoires passées, sans perdre de vue les challenges à venir qui sont nombreux et pour lesquels un engagement concerté et sans relâche est nécessaire.

SUCCÈS REMPORTÉS

Si ni la Loi sur le tabac, ni la Convention-cadre ne sont pour l'heure entrées en vigueur en Suisse, un certain nombre de jalons ont tout de même été atteints avec succès récemment. C'est notamment le cas en matière de protection contre le tabagisme passif puisqu'une quinzaine de législations cantonales ainsi qu'une loi fédérale ont vu le jour. Pour atteindre cette protection aussi large et efficace que peu coûteuse dans les cantons, un débat social nourri a été nécessaire, mobilisant de nombreuses forces et alimentant un changement complet des normes sociales. S'il subsiste encore aujourd'hui des disparités qui font que la protection contre la fumée passive n'est pas la même selon qu'un travailleur de la restauration est employé à Lausanne ou à

¹ Joosens, L., Raw, M. (2011). *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe*. Brüssel: Association of the European Cancer Leagues.
http://www.ensp.org/sites/default/files/TCS_2010_in_Europe_FINAL.pdf

Lucerne, c'est que certains cantons ont tiré parti du fédéralisme pour développer des législations éprouvées en termes de santé publique, sans attendre ni la volonté ni le consensus au plan national. En effet, il s'est agi, dans des régions culturellement plus sensibles à l'utilité et à l'acceptabilité de mesures structurelles, d'activer quelques « locomotives ». Ce fut, par exemple, le cas du Tessin qui, en 2006, fut le premier à légiférer pour une interdiction de fumer dans les lieux publics (protection contre le tabagisme passif), ouvrant la brèche à plusieurs législations cantonales qui vont au-delà du minimum requis par la loi fédérale. Cette dernière, entrée en vigueur au printemps 2010, est totalement insuffisante pour protéger équitablement l'ensemble de la population suisse, dans la mesure où de nombreux travailleurs demeurent exposés à la fumée de tabac dans plusieurs cantons. Le Conseil fédéral lui-même, dans son message au Parlement du 11 mars 2011, concédait cette insuffisance, tout en rejetant l'initiative populaire « Protection contre le tabagisme passif » née de ce constat et lancée par la Ligue pulmonaire suisse. Cette dernière et son Alliance ambitionnent une harmonisation en se fondant sur les expériences cantonales réussies de presque tous les cantons latins et de plusieurs cantons alémaniques.

Il est un autre succès récent au niveau national, c'est celui qui concerne le conditionnement et l'étiquetage des paquets de cigarettes. En effet, depuis 2010, des images de mise en garde combinées à la mention de la ligne nationale d'aide à l'arrêt sont obligatoires sur chaque paquet. Par ailleurs, depuis 2004, l'industrie du tabac a l'obligation de déclarer annuellement à l'Office fédéral de la santé publique les éléments constitutifs de chaque produit vendu. Comme nous l'évoquions plus haut, en termes de ressources, la prévention du tabagisme en Suisse a également connu un essor important grâce à la création, en 2004, du Fonds de prévention du tabagisme, alimenté par une taxe obligatoire sur la vente de tabac.

La campagne nationale « Smokefree » et les actions de communication développées récemment sont également à considérer comme des succès, permettant le débat social et la prise de conscience d'une priorité de santé publique encore largement sous-estimée il y a une décennie.

DÉFIS À RELEVER

Ces succès sont autant de jalons qu'il s'agit de saluer et dont on peut se réjouir aujourd'hui. Toutefois, à l'instar de ce que démontre le classement européen, de nombreuses mesures doivent encore être prises si la Suisse ambitionne véritablement de réduire le tabagisme sur son territoire; une épidémie dont l'évolution est, à l'échelle mondiale, pour le moins préoccupante. En effet, le tabagisme continue à être en tête des principales causes de décès évitables dans le monde et l'OMS prédit un total de 8 millions de morts par année d'ici à 2030 si la tendance ne s'inverse pas.²

² Organisation mondiale de la santé (2009) Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2009. Mise en place d'espaces non-fumeurs. Résumé d'orientation, p.1

Si la Suisse entend ratifier la Convention-cadre, de nombreux progrès doivent encore être opérés dans divers domaines tels que ceux couverts par les articles de la Convention. Ces mesures, aussi éloignées qu'elles puissent paraître les unes des autres, n'en sont pas moins intimement liées dans leur conceptualisation; idéalement, elles devraient être mises en œuvre conjointement. Cependant, elles sont également tributaires du processus long et complexe mené par la Conférence des Parties pour l'édiction de directives d'application de la Convention. Nous proposons donc de considérer en premier lieu les articles sur lesquels des directives (7) ont d'ores et déjà été adoptées.

- **Développement d'une stratégie et de plans multisectoriels de lutte antitabac (art. 5.3):**

Jusqu'à fin 2007, les juges « encouragent » les jeunes à entrer dans une démarche thérapeutique lorsqu'ils font état d'une surconsommation de drogues. Ils ont une certaine réticence à utiliser les articles de lois existants et n'ordonnent que très peu de traitements ambulatoires. Interpellée à ce propos, une ancienne présidente du Tribunal rétorque que, selon une croyance encore bien vivante dans le réseau genevois, l'ordonnance d'un traitement aurait une influence négative sur celui-ci. Dans les faits, en 2007, sur les centaines de situations instruites par le Tribunal, seuls trois jeunes prennent effectivement contact avec la Consultation Adolescents de la Fondation Phénix.

- **Protection contre l'exposition à la fumée de tabac (art. 8)**

Comme souligné plus haut, la législation fédérale actuelle est insuffisante en termes de protection contre l'exposition à la fumée de tabac et une harmonisation est indispensable pour envisager une ratification.

- **Réglementation de la composition des produits du tabac (art. 9) et réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer (art. 10)**

La réglementation de la composition et de la communication sur les produits du tabac a été révisée en 2004 dans l'Ordonnance fédérale sur le tabac en s'alignant sur les exigences de l'Union européenne. Cette obligation de déclaration annuelle de l'ensemble des substances donne à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), un aperçu des substances utilisées. Même si les mesures nécessaires sont déjà appliquées en Suisse, une amélioration doit être apportée à la publication des informations.

- **Conditionnement et étiquetage des produits du tabac (art. 11)**

Depuis 2008, la Suisse répond entièrement aux exigences de la Convention-cadre en matière de conditionnement et d'étiquetage des paquets; ces derniers comportant des mises en garde en images recto-verso, ainsi qu'un numéro d'appel pour la ligne nationale d'aide à l'arrêt. Cependant, il est à noter que certains pays n'hésitent pas à aller au-delà des exigences de la

Convention-cadre et à développer de nouvelles stratégies pour débanaliser l'acte de fumer auprès des jeunes, cible prioritaire de l'industrie du tabac. C'est le cas notamment de l'Australie où le «plain packaging» ou «paquet neutre» sera la règle dès 2012 et de la Grande-Bretagne où les points de vente ne pourront plus exposer les paquets de cigarettes à la vue des clients potentiels. Si ces stratégies étaient à l'agenda en Suisse, il y aurait fort à parier sur un débat riche et animé entre les tenants de la liberté de commerce et ceux de la santé publique.

- **Education, communication, formation et sensibilisation du public (art. 12)**

Si la Suisse remplit les critères de la Convention-cadre en matière d'information et de sensibilisation du public général et de formation des professionnels aux conséquences sanitaires du tabagisme, un effort de plus pourrait être fait pour développer encore l'accès à l'information quant aux conséquences environnementales et économiques de la production de tabac, ainsi qu'à certains aspects spécifiques aux activités de l'industrie du tabac.

- **Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage (art. 13)**

En 2010, la Suisse était la lanterne rouge du classement européen en ce qui concerne la publicité pour le tabac. Cette dernière est réglementée de façon très partielle et non homogène sur l'ensemble du territoire suisse, alors que les directives de la Convention-cadre exigent une interdiction de toutes les activités de promotion directe ou indirecte de la consommation de tabac. D'importants efforts doivent par conséquent encore être accomplis en la matière. Genève a été le premier canton à se doter de mesures restrictives pour la publicité par voie d'affichage visible du domaine public en 2000. Quatorze cantons ont suivi depuis, incluant d'autres clauses restrictives comme, par exemple, l'interdiction de publicité dans les cinémas, ou l'interdiction du sponsoring à Soleure. Cette hétérogénéité législative laisse une marge de manœuvre très confortable à la publicité, manque son objectif de protection, et sème la confusion. Au niveau national, la mesure visant la restriction du parrainage et de la publicité prévue par le Programme national tabac 2008 - 2012 n'a pas encore pu être réalisée.

- **Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique (art. 14)**

En termes d'aide au sevrage tabagique, la Suisse remplit les conditions minimales telles que prévues par la Convention-cadre; en cela qu'elle assure le remboursement du conseil médical pour tous par l'assurance maladie de base (LAMal). Cependant, la prise en charge des médicaments visant, entre autres, à soutenir l'arrêt par la substitution de nicotine n'est, à ce jour, pas remboursée.

Dans la mesure où il est établi scientifiquement, d'une part, que certains de ces médicaments augmentent les chances d'arrêter de fumer et, d'autre part, que leur remboursement en facilite l'usage par les fumeurs, il convient peut-être de presser le débat pour un changement de pratique.

Les articles de la Convention cités ci-après n'ont pas encore fait l'objet de directives par la Conférence des Parties. Par ailleurs, le champ d'action les concernant est encore faiblement investi en Suisse. Cependant, il est important de les prendre en considération afin, d'une part, de garder à l'esprit la complexité et l'interdépendance des mesures nécessaires pour lutter contre l'épidémie de tabagisme et, d'autre part, d'anticiper les travaux et défis à venir.

- **Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac (art. 6)**

Concernant les mesures financières et fiscales, la Suisse compte parmi les pays où le prix du tabac est le plus bas en relation avec le pouvoir d'achat de ses habitants. En effet, 14 minutes de travail suffisent à un Helvète pour s'acheter un paquet de cigarettes alors qu'un fumeur norvégien ou anglais doit respectivement travailler 39 et 36 minutes pour en acquérir un³. Sachant que le prix du paquet joue un rôle clé en termes de prévention, en particulier pour dissuader le démarrage de la consommation chez les jeunes, la Suisse devrait être plus audacieuse en la matière et adapter ses prix de façon cohérente avec le pouvoir d'achat.

- **Commerce illicite des produits du tabac (art. 15)**

Les règlements fiscaux, douaniers et antifraudes en vigueur en Suisse devront être réévalués en fonction des directives que la Conférence des Parties devraient arrêter en 2012.

- **Vente aux mineurs et par les mineurs (art. 16)**

Dix-sept cantons suisses ont légiféré sur l'interdiction de vente de tabac aux jeunes, posant tantôt la limite d'âge à 16 ans, tantôt à 18 ans. Dans le canton de Vaud, premier canton à légiférer, cette mesure est entrée en vigueur isolément en janvier 2006 et est très marginalement appliquée à ce jour. Une approche coordonnée, soutenue par un débat et/ou un consensus social aurait probablement eu plus d'impact qu'une mesure cantonale isolée.

- **Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables (art. 17) et Protection de l'environnement et de la santé des personnes (art. 18)**

Un groupe de travail établi par la Conférence des Parties est chargé d'élaborer une directive commune pour l'application de ces deux articles.

³ Blecher E, van Walbeek C. (2008) *An Analysis of Cigarette Affordability*, Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, www.worldlungfoundation.org.

En Suisse, il n'y a, à ce jour, aucune disposition légale spécifique.

- **Responsabilité pénale et civile (art. 19)**
Pas de dispositions légales spécifiques prises à ce jour en Suisse.
- **Recherche, surveillance et échange d'informations (art. 20)**
Pas de dispositions légales spécifiques à ce jour en Suisse, mais des activités de recherche, de surveillance (Monitoring sur le tabac Suisse TMS) et d'échange d'informations dans le réseau des acteurs de la prévention du tabagisme.
- **Notification et échange d'informations (art. 21)**
Pas de dispositions légales spécifiques à ce jour en Suisse.
- **Coopération dans les domaines scientifique, technique et juridique et fourniture de compétences connexes (art. 22)**
Pas de dispositions légales spécifiques à ce jour en Suisse.



LIEN AVEC D'AUTRES CHAMPS DE L'ADDICTION ET PERSPECTIVES

Les mesures structurelles incluses dans la Convention-cadre sont des piliers essentiels pour le développement d'une action préventive coordonnée et efficace. Elles doivent nécessairement s'accompagner de la mise en œuvre de mesures ciblées dans un contexte où le tabagisme est un révélateur des inégalités sociales de santé et d'accès à la prévention.

Le développement de méthodes de soutien à des populations spécifiques et/ou vulnérables paraît, tout comme dans d'autres champs de l'addiction, de plus en plus indispensable. La consommation tabagique n'est pas homogène, mais est inscrite dans des réalités sociologiques et culturelles variées, nécessitant de fait, des approches nuancées et sensibles aux spécificités de chacun. Pour ce faire, il s'agit

de poursuivre la recherche et la compréhension spécifique et affinée du phénomène du tabagisme dans ses dimensions biologique, psychologique, sociale ou politique, et en regard d'autres champs de l'addiction afin de développer une vision commune sur des réalités tantôt identiques, tantôt plurielles.

Le lien entre les différents champs de l'addiction paraît évident en termes de risques pour la santé, mais particulièrement en ce qui concerne le développement de conditions-cadre agissant directement ou indirectement sur les comportements individuels. Pour n'en citer que quelques-unes, voici les pistes de réflexions qui pourraient être menées de façon conjointe: le débat sur la publicité, la promotion et le parrainage ainsi que la vente aux mineurs concernent aussi bien les questions de tabac et d'alcool que celles liées au jeu. Les neurosciences et la compréhension affinée des comportements de l'addiction peuvent également apporter un éclairage utile pour l'ensemble des thématiques. Concernant l'aide au sevrage, le remboursement de la substitution de nicotine pourrait être discuté sur la base de l'expérience acquise et positive d'autres méthodes de substitution (alcool et héroïne). Par ailleurs, la production du tabac dans les pays du Sud et le trafic illicite posent des questions environnementales, sociales, juridiques et économiques complexes au même titre que la production de drogues dites illégales. Si une approche concertée doit sans conteste être développée, il faut cependant, dans un contexte politique pluriel tel que le nôtre, prendre en compte pour chaque mesure les chances de réussite d'une avancée groupée comparativement aux chances d'avancer plus particulièrement sur une thématique.

Finalement, les acquis de ces dernières années en termes de prévention du tabagisme sont encourageants et doivent inciter les professionnels de la santé publique à communiquer plus et mieux auprès de l'ensemble de la population et des politiques au sujet de l'utilité des mesures structurelles. Les prochains jalons à soutenir sont incontestablement ceux sur lesquels la Conférence des Parties a posé des directives: l'initiative populaire fédérale «Protection contre le tabagisme passif», les mesures visant à interdire la publicité, la promotion et le parrainage par l'industrie du tabac tout en poursuivant les efforts de sensibilisation et de communication auprès du public élargi.

Sites Internet:

Office fédéral de la santé publique, Convention de l'OMS sur le tabac

<http://www.bag.admin.ch/fctc/04059/04071/index.html?lang=fr>

Organisation mondiale de la santé, Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

<http://www.who.int/fctc/fr/index.html/>

Courriel:

Myriam.Pasche@fvls.vd.ch

LA RÉGULATION DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Jean-Patrick Villeneuve, Unité Gouvernance Publique Internationale, IDHEAP, Chavannes-près-Renens

Le secteur des jeux de hasard et d'argent a de tout temps été régulé par les pouvoirs publics. Les empereurs romains, déjà, tentaient d'en contrôler non seulement les revenus mais aussi les conséquences de cette activité que plusieurs qualifient d'inhérente aux sociétés humaines. Depuis l'Antiquité, les grands enjeux du secteur n'ont pas énormément évolué, ils se sont simplement accélérés. La plupart des débats actuels entourant les jeux de hasard et d'argent, visent à faire face à ces accélérations.

Le secteur des jeux soulève de nombreuses problématiques et a un impact transversal sur plusieurs politiques publiques. Le jeu excessif est bien entendu au centre de ces considérations. Cependant, d'autres dynamiques animent ce secteur et exercent une influence sur les stratégies et politiques mises en place pour prévenir les conséquences de sa nature addictive.

Cet article présente quelques-uns des défis et enjeux auxquels se doivent de faire face les législateurs dans la construction d'un système de régulation du secteur des jeux de hasard et d'argent efficace, robuste et pérenne.

LA SITUATION EN SUISSE

En Suisse, l'évolution de la législation dans le domaine des jeux de hasard et d'argent a donné lieu à un système dual avec d'un côté, un monopole des loteries et des paris relevant de la compétence des cantons (soumis à la *Loi fédérale sur les loteries et paris professionnels de 1923* (LLP) et au Concordat de 2006) et de l'autre, des casinos réglementés au niveau fédéral (soumis à la *Loi fédérale sur les jeux de hasard et les maisons de jeu de 1998*). Il s'agit donc de deux secteurs distincts avec leur dynamique propre. Le caractère dual du système s'observe également aux niveaux politique, économique, fiscal et social. Les casinos sont du ressort de la Confédération alors que les loteries relèvent des compétences cantonales. Il existe deux commissions de surveillance distinctes: la Commission fédérale des maisons de jeu (CFMJ) et la Commission des loteries et paris (ComLot). Les impôts prélevés sur les revenus bruts des maisons de jeu, selon un taux variant entre 40% et 80%, servent à financer l'AVS (405,9 millions de francs suisses en 2009) et pour les casinos de type B, le canton d'établissement (73,1 millions de francs en 2009). Quant aux sociétés de loterie, elles reversent leurs bénéfices à des associations culturelles, sportives et sociales d'utilité publique (544,6 millions en 2009).

Les programmes de mesures sociales de prévention du jeu excessif sont également différents. Les mesures des casinos sont limitées dans l'espace et dans le temps. Elles s'arrêtent «à la porte» du casino, c'est-à-dire que le joueur n'est pris en charge que le temps de son séjour dans l'établissement de jeu. Ces mesures sont les suivantes: information aux joueurs et prévention, détection précoce des personnes potentiellement dépendantes, formation du personnel chargé d'appliquer le programme, ainsi qu'interdiction de jeu et exclusion des joueurs à risque. En comparaison, le programme social des loteries a une portée plus générale. Outre des mesures de prévention, il comprend une taxe de 0,5% pré-

levée sur le revenu brut des jeux (RBJ)¹ affectée à la prévention et à la lutte contre la dépendance au jeu, ainsi qu'un usage modéré concernant la publicité pour des loteries.

Ce 'modèle suisse' présente une possibilité parmi d'autres de réguler le secteur des jeux de hasard et d'argent.

L'INTERNATIONAL

Les options de régulation dans le secteur des jeux sont nombreuses. L'on dénombre six critères principaux permettant de dresser une typologie des systèmes de régulation.

Le premier critère correspond au périmètre de la régulation, à savoir ce qui est considéré ou non comme un jeu de hasard. Une approche évalue (celle de la *prépondérance*) la proportion du hasard et de l'habileté qu'un jeu nécessite. La proportion la plus importante déterminera si le jeu est soumis, ou non, à la législation sur les jeux de hasard (France, Italie). L'autre approche (celle du *tout ou rien*) consiste à soumettre un jeu à la loi sur les jeux de hasard dès la moindre présence de chance susceptible de déterminer l'issue du jeu (Canada, Royaume-Uni).

Le second critère concerne la portée géographique de la régulation. L'un détermine un cadre pour tout un pays ou pour un sous-état (province, canton). Les états fédéraux penchent généralement pour une approche décentralisée (Suisse, Canada, Etats-Unis, Allemagne).

¹ Le revenu brut des jeux (RBJ) est la différence entre les mises des joueurs et leurs gains.

Le troisième critère correspond à la fragmentation ou non de la régulation: deux lois et régimes de régulation distincts pour les loteries et les casinos (Suisse, France, Royaume-Uni, Etats-Unis), ou une seule législation pour l'ensemble des jeux (Canada).

Le quatrième critère concerne la structure du marché. Certains pays interdisent par exemple tout simplement le jeu (Pakistan), alors que d'autres le réservent aux ressortissants étrangers (Cambodge). Les options principalement choisies sont le monopole (principale forme pour les loteries), les licences fermées avec un nombre prédéterminé de droits à distribuer (casinos suisses) et les licences ouvertes (paris sportifs au Royaume-Uni).

Le cinquième critère correspond aux mécanismes financiers. L'appropriation des bénéfices peut prendre la forme d'un impôt général (soit sur les mises, soit sur les gains) ou encore de diverses taxes d'opération. La redistribution de ces sommes peut aussi se faire de différentes façons: par le biais de l'Etat central (France, Canada), par une affectation à un objet particulier (AVS pour les casinos suisses, éducation ou santé pour les loteries américaines) ou encore, quoique plus rarement, sur le modèle des loteries suisses, directement à l'utilité publique.

Le sixième critère, quant à lui, concerne directement le jeu excessif. Les modèles de financement des programmes de prévention vont d'une taxe obligatoire (le 0,5% Suisse), à des formes de financement extérieures au secteur (lorsque l'argent provient directement de l'Etat).

Comme on peut le voir, il n'y a pas une seule voie possible pour la régulation du secteur des jeux de hasard et d'argent mais de nombreuses possibilités. Cependant, ces solutions nationales font toutes face à des défis qui sont, eux, de plus en plus internationaux.

LES GRANDS DÉFIS

En Suisse, le secteur des jeux est en pleine ébullition: I) dans un arrêté de septembre 2009, la Cour Européenne de Justice a limité les possibilités d'une ouverture complète, en Europe, du marché des paris sportifs en ligne; II) à la même période, les médias se sont fait l'écho d'un scandale international de paris truqués sur des matchs de football qui a touché plusieurs clubs suisses; III) en octobre, l'initiative «Pour des jeux d'argent au service du bien commun» a abouti; IV) en janvier, le Tribunal administratif fédéral a admis que les tactilos étaient des jeux de loterie et pouvaient être exploités par les sociétés correspondantes. Parallèlement, la Confédération a lancé un processus de réévaluation du cadre de régulation des loteries et des paris. C'est dans ce contexte que doivent se comprendre les grands défis auxquels fait face le secteur.

Dématérialisation de l'offre

Le plus grand défi au niveau international est le développement du jeu sur internet. Ces offres, pas toujours légales, sont peu réglementées et drainent des sommes importantes aux opérateurs légaux. Les réactions des différents pays face à cette situation sont très différentes. Aux États-Unis, les jeux d'argent en ligne sont en principe interdits, alors qu'en France un cadre réglementaire de légalisation est maintenant proposé pour contrecarrer le développement et l'attractivité de cette offre illégale en ligne. En Suisse, des jeux de loterie sont déjà offerts en ligne et le débat actuel tourne autour de l'ouverture des jeux de casinos sur internet. Un rapport fédéral propose l'ouverture d'une offre de jeux en ligne basée sur l'octroi de licences. La question demeure cependant posée: faut-il interdire le jeu en ligne ou le permettre? Quelle sera la meilleure approche pour combattre à la fois les dérives illégales et le jeu excessif?

Pressions pour une libéralisation au niveau européen

À plusieurs reprises, au cours des dernières années, la Cour européenne de justice a dû statuer sur des cas opposant des opérateurs de jeux nationaux, souvent en position de monopole, à des opérateurs internet, généralement localisés à Malte ou Gibraltar. Ces divers cas, se basant sur les clauses 43 et 49 du traité de l'Union, respectivement la liberté d'établissement et la liberté de provision des services, attaquent l'idée même de la légalité de ces monopoles dans le cadre européen et prônent le développement d'un marché libéralisé et paneuropéen.

Diverses décisions de la Cour européenne de justice ont favorisé l'adoption d'une règle européenne en faveur de la 'libre circulation' des opérateurs de jeu. Cependant, un jugement de la Cour de septembre dernier, le «cas portugais», a complété, pour ne pas dire modifié, la jurisprudence. Cette décision a posé les bases d'une prérogative nationale et non paneuropéenne, des paris sportifs en ligne. En l'absence d'harmonisation communautaire, il n'y a pas de reconnaissance mutuelle entre les Etats des licences de jeu octroyées au niveau national. Cette décision valide, jusqu'à un certain point, les droits exclusifs consentis à un opérateur placé sous le contrôle de l'Etat. D'autres décisions, au niveau national, ont depuis confirmé cette tendance. Les évolutions dans ce secteur, bien que limitées par cette dernière décision, continuent cependant d'exercer une forte pression pour une ouverture éventuelle du secteur à une plus grande européanisation. Quid de la Suisse dans un marché éventuel de centaines de millions de joueurs?

Consolidations des acteurs

Les défis de l'évolution du secteur des jeux sont aussi stratégiques. Le marché suisse, bien que très dynamique, demeure petit en comparaison internationale. Au niveau mondial, des groupes tels que Lottomatica (opérant dans plus de 50 pays), ou encore les grands groupes casinotiers américains, sont des conglomérats de plus en plus intégrés, et ce, à la fois verticalement et horizontalement. Ils développent une stratégie d'acquisition d'autres opéra-

teurs de loteries, de sociétés développant des jeux ou de manufacturiers de machines à sous. Face à ces entités, quel poids peuvent avoir les opérateurs suisses? Les coûts fixes des opérations informatiques, ou encore de la sécurité, sont identiques que l'on s'adresse à quelques millions de joueurs ou à des dizaines, voire des centaines de millions ailleurs. À quand des solutions de jeux internationalisées et contractualisées par les Etats à des opérateurs internationaux? Les implications de tels développements sont cependant claires et soulèvent d'importantes questions de contrôle et de souveraineté.

Dérives illégales

Les dérives illégales dans le secteur ont toujours été présentes et sont sous-jacentes à la volonté même d'une régulation par l'Etat. C'est pour ces raisons que des directives et stratégies précises encadrent les opérations de tous les acteurs du secteur. Cependant, l'internationalisation et la dématérialisation du jeu ont rendu ces opérations et ces dérives encore plus complexes à contrôler et à identifier. Les nombreux cas récents de matchs truqués n'en sont que l'exemple le plus flagrant. Comment est-il possible, dans un pays européen, de contrôler les énormes flux d'argent parqués sur des matchs nationaux, souvent depuis d'autres continents? L'ampleur des sommes en jeu est colossale. Pour un match de 1^{re} ligue anglaise, les mises peuvent même dépasser le milliard de francs. Ces problèmes sont un souci majeur pour le sport. Il en va de sa réputation et de l'intérêt même de cette activité. Ils sont cependant encore plus graves au vu des dérives criminelles consécutives, allant de gains illégitimes à de vastes opérations de blanchiment d'argent.

ET L'ADDICTION DANS TOUT ÇA?

Le jeu excessif pose à tous les acteurs du système d'énormes questions quant aux équilibres à atteindre et aux mécanismes et structures à mettre en place. Historiquement, la question des enjeux sociaux s'est toujours posée en opposition aux retombées économiques. Avec l'accélération des dynamiques de ce secteur et leur internationalisation, d'autres éléments se doivent maintenant d'être pris en compte pour pouvoir faire face de manière crédible et efficace aux problèmes d'addictions.

Comme plusieurs autres secteurs, celui des jeux est aux prises avec une offre qui s'est globalisée et un cadre réglementaire et politique qui demeure national. Il est illusoire de penser que le développement d'un cadre national performant peut faire l'impasse sur les dynamiques qui animent ce secteur en Europe et dans le monde.

Courriel:

jean-patrick.villeneuve@idheap.unil.ch

Formation continue



Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé - EESP - Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débiteront prochainement :

MAS en action et politiques sociales

Délai d'inscription : en fonction des places disponibles

Début de la formation : octobre 2011

Chef de projet : Stéphane Rossini

CAS en santé mentale et psychiatrie sociale

Délai d'inscription : 14 novembre 2011

Début de la formation : 16 janvier 2012

Cheffe de projet : Elisabeth Hirsch Durrett

CAS en case management

Délai d'inscription : 30 octobre 2011

Début de la formation : 19 janvier 2012

Chef de projet : Pierre Gobet

CAS de manager socioculturel dans le domaine des musiques actuelles

Délai d'inscription : 30 novembre 2011

Début de la formation : 5 mars 2012

Chefs de projet : Yuri Tironi et Claudia della Croce

CAS en gestion d'équipe et conduite de projets

Début de la formation : janvier 2012

Cheffe de projet : Viviane Prats

DAS en art-thérapie

Début de la formation : septembre 2012

Cheffe de projet : Déa Evêquoz

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10
formation.continue@eesp.ch

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

À LA RECHERCHE D'UNE DYNAMIQUE PERDUE: LA POLITIQUE SUISSE DES DROGUES À L'ÉPREUVE DU TEMPS

Jean-Félix Savary, Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREAA), Yverdon et **Jean-Pierre Gervasoni**, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP), Lausanne

Le modèle des 4 piliers de notre politique drogues sert volontiers d'exemple dans les discussions en cours sur une politique intégrée des substances psychotropes. Si des succès importants ont été obtenus, il convient cependant de ne pas sombrer dans un satisfecit complaisant sur la réalité de notre politique drogues. Malgré l'ancrage législatif des 4 piliers, de nombreux défis demeurent.

Depuis plusieurs années, les autorités fédérales sont en quête d'un nouveau modèle pour penser la problématique «addiction» de manière globale. Cette préoccupation légitime fait suite à l'expérience des professionnels qui, sur le terrain, sont confrontés depuis longtemps au phénomène de la poly consommation. Si chaque produit a ses spécificités, aussi bien biochimiques que culturelles, la nécessité d'un cadre de référence commun se fait chaque jour de plus en plus pressante. C'est donc là une démarche qu'il faut saluer et encourager.

Pour ce faire, quoi de plus logique que de partir de l'existant. En l'occurrence, les 4 piliers de la politique drogues font figure de référence. Non seulement, c'est le modèle le plus discuté, mais probablement également le plus abouti, au vu des multiples débats qui ont présidé à sa conception, sa mise en œuvre et à la situation exceptionnelle à laquelle il répond. Ce n'est donc pas surprenant qu'il ait souvent servi de base à une réflexion transversale. C'est ce qui s'est passé avec le rapport Psychoaktiv.ch, qui étend le modèle aux autres substances, en le complexifiant.

Le rapport «Défi Addictions», quant à lui, adopte une orientation santé publique. La problématique sanitaire prend le pas sur les dimensions sociales et sécuritaires, plus présentes sur le terrain dans la politique drogues. Pourtant la réflexion transversale sur les addictions reste très souvent liée aux expériences de la politique drogues. Le débat sur le concept de «réduction des risques» appliqué aux autres domaines est là pour le prouver.

Aujourd'hui, tout le monde s'accorde pour dire qu'il nous faut développer un modèle qui intègre les différentes substances sans égard à leur statut légal, tout comme les problèmes d'addictions comportementales.

Mais nous ne devons pas oublier que la cohérence doit aussi être recherchée à l'intérieur des différents domaines (drogues, alcool, tabac, jeux). À ce propos, un examen des développements récents de la politique drogues suisse laisse songeur. Vingt ans après son lancement officiel, le modèle des 4 piliers serait-il en danger?

En effet, la politique drogues de la Suisse, parfois vantée comme le paragon de la réponse publique à un problème complexe¹, ne constitue pas forcément un tout cohérent. À l'intérieur de ce que nous nommons la «politique des drogues illégales», de sérieuses divergences de pratiques se font jour, selon le canton ou le produit considéré. Y aurait-il disaccord entre le discours sur la politique drogues et sa réalité sur le terrain? Ne serait-on pas en train de «défaire» ce qui a patiemment été construit durant ces vingt dernières années? C'est la question que nous proposons de développer dans cet article, sans prétendre apporter des réponses définitives.

CONTEXTE SUISSE ET POLITIQUE DROGUES

Lors des années quatre-vingts et nonante, les acteurs suisses ont réussi sur le terrain plusieurs percées significatives, qui ont permis d'accoucher de ce modèle original. Nous ne reviendrons pas ici sur cette histoire plusieurs fois racontée². Retenons cependant que la politique se dote d'un cadre souple mais cohérent qui permet, avec un pragmatisme assumé, de s'attaquer aux questions soulevées par l'urgence sociosanitaire et les dilemmes éthiques et moraux.

Face à des problèmes d'ordre divers, la Confédération s'engage résolument derrière le modèle des 4 piliers. Il s'agit de faire travailler ensemble des personnes qui ne partagent pas forcément la même vision du problème, voire même qui n'ont pas les mêmes objectifs. Ce modèle doit aussi s'adapter aux réalités locales fort différentes d'un canton à l'autre, ou entre régions linguistiques.

¹ Cseste Johan; 2010; *From the Mountain Tops: What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland*, Open Society Foundations, New York

² Voir à ce propos:

Y. Boggio, avec S. Cattacin, M. Cesoni et B. Lucas, *Apprendre à gérer: politique suisse en matière de drogue*, Genève: ed. Georg, août 1997.

Savary Jean-Félix, Hallam Christopher, Bewley-Taylor Dave (2009), *The swiss four pillars Policy: an evolution from local experimentation to Federal Law*, Beckley Foundation, Briefing Paper n°18, London

Pour arriver à le faire fonctionner sur le terrain, l'Etat fédéral va s'engager fortement, non seulement en octroyant des moyens aux acteurs, mais aussi par un rôle de coordination et de promotion active. C'est à cette époque que les groupes de coordination KDS³ sont mis en place. Par l'échange et le dialogue, les cantons s'engagent dans un processus créatif de co-construction. Les séances et les discussions se succèdent, ce qui peut être vu comme une perte de temps. Cependant, petit à petit, les ponts se créent, les acteurs se comprennent, le respect se construit et la complémentarité devient plus claire pour chacun. Sans aller vers une cohérence sans failles des dispositifs drogues, on assiste alors à une convergence qui y ressemble, sous l'impulsion de l'alliance entre des professionnels engagés et des pouvoirs publics inspirés.

Au tournant des années 2000, de manière imperceptible, un changement s'opère. Le combat militant des acteurs de terrain laisse la place à une lutte politique acharnée pour un ancrage dans la loi des 4 piliers. Ce combat, finalement gagné en 2008, monopolise l'attention politique et médiatique. Par contre, l'urgence sur le terrain est moins visible, voilée par les succès engrangés et par les méandres parlementaires dans lesquels les projets successifs du Conseil Fédéral s'englisent. La vision d'une politique drogues encore en construction demeure, mais sur le terrain, la dynamique change.

Un intérêt pour les politiques drogues qui s'effrite

Après son acceptation par le peuple, le modèle des 4 piliers semble ne plus devoir bénéficier du même soutien politique qu'auparavant. Les efforts pour l'ancrer dans la réalité sont nettement plus modestes que durant les années nonante. On pourrait croire que le texte d'une loi votée à une majorité des deux tiers peut à lui seul garantir le modèle des 4 piliers. Mais bien évidemment, il n'en est rien. C'est d'abord par le travail de tous les jours, entre les acteurs concernés, que cette politique se construit. Ces derniers ont besoin d'appuis et de considération pour remplir leur mission. La coordination et la concertation supposent des moyens disponibles pour les acteurs sur le terrain, afin de développer de nouveaux services et, répondre à des pratiques en évolution. Aujourd'hui, on peine à aller plus loin que l'existant. Pourtant, des nouvelles pratiques de consommation apparaissent et des populations nouvelles émergent. Avons-nous encore les moyens de développer des réponses adaptées au contexte actuel?

On pourrait aujourd'hui se demander si la Suisse soutient encore sa politique drogues, ou si elle n'a pas simplement tourné la tête pour regarder ailleurs. En effet, le choc des scènes ouvertes du début des années nonante avait fortement marqué les esprits. La question des drogues se trouvait alors au centre du débat public. Aujourd'hui, la tension est retombée et c'est tant mieux. L'opinion publique suisse, elle, se focalise sur d'autres sujets. Le baromètre des préoccupations des Suisses le montre bien. Alors que de 1992 à 1995, la question des drogues se trouvait dans le trio de tête des préoccupations des Suisses, elle a rétrogradé aujourd'hui au 18^e rang, et elle semble devoir perdre du terrain année après année.

³ Plateformes de coordination et de services dans le domaine des dépendances

Quelles sont les préoccupations des Suisses?

Préoccupation	Enquête 2010	+/- Enquête 2009
Chômage	76%	+10
Prévoyance vieillesse	45%	+9
Système de santé	41%	+5
Protection sociale	37%	+6
Etrangers	31%	+8
Sécurité personnelle	28%	+3
UE/Accords bilatéraux	23%	+11
Réfugiés	19%	+2
Nouvelle pauvreté	18%	-4
Environnement	18%	+1
Inflation	15%	+1
Mondalisation	14%	+3
Crise financière	13%	-16
Crise économique	12%	-15
Energie	11%	+2
Réforme de l'Etat	10%	+3
Finances fédérales	10%	-2
Drogue	8%	-1
Armée	7%	+1
Salaires	7%	-9

Source: Baromètre des préoccupations du Crédit Suisse

C'est bien évidemment une bonne chose. Une plus faible attention publique montre incontestablement que notre société apprend à mieux faire face aux problèmes engendrés par les drogues et que certaines des solutions proposées apportent des réponses satisfaisantes. Par contre, dans un contexte d'austérité généralisée des pouvoirs publics, cette situation a des conséquences. Une faible attention publique induit un faible investissement de l'Etat. La responsabilité des politiques sociales et sanitaires est cantonale. L'investissement de la Confédération sur ce terrain ne peut donc qu'être exceptionnel, dans une situation exceptionnelle. Ceci n'est plus le cas aujourd'hui.

On en arrive à la situation suivante. Une politique efficace a pu être mise en place grâce à l'engagement massif de la Confédération, lié à un contexte de crise. Une fois les réponses efficaces trouvées, la situation de crise disparaît en même temps que les finances nécessaires au fonctionnement du modèle.

Des ressources en régression au niveau fédéral

Au niveau fédéral, les temps changent et un double mouvement se fait jour. D'une part, on assiste à un recentrage de la politique de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur l'ensemble des produits psychotropes, en mettant l'accent sur les drogues légales. D'autre part, il faut déplorer une diminution régulière des ressources à disposition pour l'ensemble de la section «programme de prévention» qui chapeaute les différents services dans ce domaine.

Le recentrage de l'OFSP sur les drogues légales ne peut que rencontrer l'approbation de tous. S'attaquer aux problèmes principaux de santé publique, notamment en termes de mortalité, ne saurait être contesté. Par contre, la cure d'amaigrissement imposée par nos élus à la prévention ne s'explique que par un opportunisme politique qui frôle l'irresponsabilité. L'excellent rapport de l'Université de Neuchâtel⁴, chiffre pourtant le retour sur investissement de la prévention. Selon ce rapport, un franc investi en rapporte entre 9 à 41, selon le domaine concerné.

Ainsi, le nouveau programme de réduction des déficits vient encore trancher dans ces faibles ressources, en ciblant spécifiquement notre domaine comme un «potentiel d'économies» importantes. Au final, c'est 8% du budget prévu qui devront encore être retranchés⁵. Après les coupes successives de ces dernières années, on arrive gentiment dans le rouge, si nous n'y sommes pas déjà.

Vers une re-cantonisation des politiques?

Le contexte de rigueur budgétaire extrême imposé, par le Conseil fédéral, à l'OFSP ou à l'OFAS, a aujourd'hui des conséquences que nous ne pouvons plus ignorer. Le retrait financier de la Confédération se fait ressentir de manière inquiétante. Il est significatif à cet égard de noter que les ressources attribuées à la mise en œuvre de la LStup, pourtant adoptée en votation populaire à plus de 68%, sont restées fort modestes. La Confédération n'a aujourd'hui plus les moyens de donner des directives claires aux cantons sur la mise en œuvre des ordonnances de la nouvelle loi.

Le problème n'est d'ailleurs pas uniquement celui de la Confédération. Du côté des cantons, un certain repli sur soi s'opère également. La diminution des placements inter-cantonaux en institution est révélatrice de cette tendance (de près de 50% en 1999, ce chiffre tombe à 27% pour 2010)⁶.



Sans pilote et sans coordination au niveau national, les politiques cantonales reprennent leur chemin respectif et le modèle des 4 piliers prend le risque d'un étiolement progressif. Avec le retrait progressif de l'OFAS dans le financement des institutions et la mise en œuvre de la nouvelle répartition des tâches entre Confédération et cantons (RPT), les forces centrifuges augmentent et prennent le pas sur les forces centripètes, plus présentes dans les années nonante. Sur une question aussi complexe, un leadership fort est nécessaire. Il faut redonner les moyens à la Confédération pour assumer ce rôle.

⁴ Claude Jeanrenaud, Sylvie Füglistner-Dousse, Dimitri Kohler, Joachim Marti, «Évaluation économique des mesures de prévention en Suisse», Institut de recherches économiques IRENE, Université de Neuchâtel, 2010

⁵ Conseil Fédéral Suisse, «Message relatif à la Loi fédérale sur le programme de consolidation 2012-2013 des finances fédérales ainsi qu'à la Loi fédérale sur l'optimisation de la gestion des données personnelles et des placements de PUBLICA», Chancellerie fédérale, 2010

⁶ Statistique d'occupation des institutions résidentielles, Infodrog 2010

DES DÉFIS À RELEVER ENSEMBLE

Ceci est d'autant plus vrai que la situation continue d'évoluer sur le terrain. De nouveaux besoins se font jour, de nouveaux profils de consommateurs et de nouvelles pratiques nous interpellent. Comment allons-nous y répondre?

Dans un récent article, la question de l'adéquation entre offre et demande dans les structures bas-seuil offrant une aide aux consommateurs de drogues illégales est abordée⁷. En effet, la population fréquentant les structures à bas-seuil s'est fortement diversifiée depuis l'ouverture de ces dernières. D'une part, il est toujours difficile d'atteindre les jeunes et les nouveaux consommateurs et d'autre part, on est en présence d'une population vieillissante d'usagers souvent en traitement de méthadone, pour qui la prise en charge ne semble pas optimale. Une réflexion au niveau national semble s'imposer pour réfléchir ensemble aux divers modèles et approches en cours dans les cantons.

De même, les modes de consommation et les produits consommés ont changé durant les vingt dernières années et une prise en charge globale s'avère de plus en plus nécessaire.

Dans un autre domaine, comme celui des consommations de substances légales et illégales en fin de semaine, de nombreux projets ont vu le jour en Suisse. Toutefois, on peut regretter l'absence d'un leadership fort au niveau national pour mieux coordonner et échanger autour des diverses options possibles dans un contexte impliquant des acteurs de nombreux secteurs, alors que, par ailleurs, les médias en font largement écho.

Finalement, au vu des situations de consommations de plus en plus complexes et multiples, les approches que certains cantons développent en termes d'indication au résidentiel ou les efforts faits pour aller vers des approches de casemanagement, mériteraient là aussi, un partage d'informations et un soutien au niveau national pour éviter de réinventer la roue.

LE CONCORDAT LATIN SUR LE CANNABIS: OÙ SONT PASSÉS LES PILIERS PERDUS?

En Suisse romande, le oui aux 4 piliers de tous les cantons pouvait faire croire à un changement durable des mentalités. Cette vision apparaît déjà comme un peu optimiste. Le nouveau concordat latin sur le cannabis, premier acte législatif produit après l'ancrage législatif des 4 piliers, semble en effet en contredire l'esprit.

Il est à cet égard significatif de suivre le processus dans le détail. Les professionnels, bien qu'ils en aient fait la demande, n'ont pas pu être intégrés dans le processus pour donner leur vision. Pourtant, la revendication de plus de cohérence sur le cannabis est une demande de longue date du réseau addiction. Avec plus de 70% des dénonciations concernant ce produit, il est capital de pouvoir développer une approche intercantonale, afin d'avoir un discours crédible envers la jeunesse.

Au final, le projet consacre un des 4 piliers, celui de la répression. Les trois autres piliers n'ont malheureusement pas leur place dans ce document. Et pourtant. Un concordat doit être voté par les parlements de chaque canton signataire. N'est-ce pas là une superbe opportunité pour poursuivre ensemble le dialogue social sur les drogues et la gestion des problèmes qui y sont associés?

CONCLUSION

La politique des 4 piliers est souvent prise comme modèle pour penser un cadre général de «politique des addictions». Cette vision est soutenue par l'ensemble des professionnels et doit être promue. Cependant, dans une vision «politique drogues», le plus important aujourd'hui semble plutôt de retrouver l'esprit de collaboration et de concertation que nous demandent les évolutions actuelles.

L'esprit de la politique des 4 piliers ne sera jamais acquis une fois pour toute. Cette posture qui conjugue des logiques différentes se (re)construit tous les jours sur le terrain, au fil des rotations de personnel et des nouvelles problématiques qui se font jour. L'ancrage législatif de ce principe était une étape nécessaire, mais elle ne saurait être suffisante.

Ce n'est que par un engagement renouvelé des acteurs à tous les niveaux que nous pourrions ancrer la politique des 4 piliers sur le long terme.

Courriel:

jf.savary@grea.ch

jean-pierre.gervasoni@chuv.ch

⁷ Gervasoni, Jean-Pierre; Balhasar, Hugues; Huissoud, Thérèse; Jeannin, André; Dubois-Arber, Françoise. A high proportion of users of low-threshold facilities with needle exchange programmes in Switzerland are currently on methadone treatment: Implications for new approaches in harm reduction and care
International Journal of Drug Policy, 2011, Jun 24; [Epub ahead of print]

FORMATION ADDICTIONS



SAVOIR COMMUNIQUER AVEC LES MÉDIAS

Pour les intervenants en addiction, le rapport avec les médias n'est pas toujours aisé. Souvent sollicités lorsqu'un «événement» un peu spectaculaire a eu lieu, les professionnels du champ des addictions ont par contre plus de difficulté à faire connaître leur travail ou à pouvoir communiquer sur ce sujet qui nécessite nuance et précision.

Cette journée, basée sur une approche pratique, permettra l'apprentissage des notions essentielles à ce type de communication.



2 novembre 2011



OBJECTIFS:

Comprendre les attentes de la presse.

Se préparer à un interview.

Rédiger un communiqué de presse.

LA SEXUALITÉ COMPULSIVE, COMPRENDRE ET TRAITER

Pour définir la sexualité compulsive, on peut retenir trois critères qui sont au cœur de la définition même de l'addiction, à savoir: l'exclusivité (toute la préoccupation de la personne est centrée sur sa sexualité); la compulsion; la souffrance.

Si la prise en charge des personnes concernées connaît les mêmes processus que pour toute autre addiction, l'objectif du traitement est bien d'identifier les besoins et les anxiétés inconscientes, puis d'apprendre à les gérer adéquatement.



21 & 22 novembre 2011



OBJECTIFS:

Repérer un comportement sexuel compulsif.

Connaître la thérapie sexofonctionnelle.

ADDICTIONS À L'ADOLESCENCE ET THÉRAPIE MULTIDIMENSIONNELLE

La thérapie multidimensionnelle fonde son approche sur le constat selon lequel la prise de substances psychoactives chez l'adolescent est un phénomène multidimensionnel.

Quatre dimensions contribuent à la genèse d'une addiction au cannabis à l'adolescence: les caractéristiques personnelles du jeune, les relations avec les parents, les interactions familiales et les ressources extérieures (écoles, pairs).



**30 novembre 2011
1^{er} décembre 2011**



OBJECTIFS:

Explorer la théorie multidimensionnelle de l'étiologie des addictions.

Distinguer les trois phases du traitement

Appliquer les techniques thérapeutiques spécifiques à la MDFT.

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (NIVEAU 2)

Ce module de deux jours consiste en un approfondissement de la pratique de l'entretien motivationnel.

Il est réservé aux personnes ayant déjà suivi une première initiation à cette technique d'entretien centrée sur la personne.



19 & 20 janvier 2012



OBJECTIFS:

Approfondir la méthodologie propre à l'entretien

Perfectionner la mise en place de cette méthodologie sur son lieu professionnel

MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES: POUR UN USAGE RAISONNÉ

Laurent Médioni, pharmacien cantonal, Fribourg

Les médicaments psychotropes sont utilisés conformément aux règles admises par la science. Les médecins qui prescrivent ces produits et les pharmaciens qui les dispensent connaissent parfaitement leur métier, notamment grâce à leur formation universitaire et à leur formation continue. Les traitements comportent si nécessaire d'autres mesures appropriées (en particulier une psychothérapie), pour aider au rétablissement de l'équilibre psychique des patients, ces derniers s'appliquant à respecter les indications des professionnels de la santé pour retrouver leur santé dans le meilleur délai.

Cette représentation idyllique de l'utilisation des médicaments psychotropes correspond-elle bien à la réalité? Aucune évaluation scientifique ne permet de répondre précisément à cette question. Des problèmes, parfois sérieux, en particulier celui de la pharmacodépendance (nécessité impérieuse de consommer des médicaments pour ne pas se sentir mal) ont incité le législateur à fixer un cadre légal concernant ces produits et leur emploi. En Suisse, les autorités cantonales veillent au respect des règles destinées à favoriser la mise en œuvre des traitements adéquats et luttent contre les graves abus. En l'absence d'une méthode patentée menant à coup sûr au succès, comment procèdent-elles pour aider les professionnels de la santé et les patients confrontés au problème de la dépendance? L'article qui suit présente les aspects essentiels de la pratique mise en place dans le canton de Fribourg.

LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES?

Les médicaments psychotropes contiennent des substances qui agissent principalement sur le système nerveux central en modifiant la transmission de signaux biologiques. Ces médicaments peuvent être regroupés selon différentes classifications, notamment en fonction de leurs propriétés pharmacologiques. Les classes les plus importantes sont les psychostimulants, (qui accélèrent le fonctionnement du système nerveux), les psychosédatifs (qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux) et les antidépresseurs (qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux après une phase d'excitation). Des ouvrages décrivent avec précision les particularités de ces produits.

Une autre classification a été établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS): elle se fonde sur des critères de dépendance psychique, de dépendance physique et de tolérance pouvant résulter de l'utilisation à moyen ou à long terme des «médicaments psychotropes». Ces derniers figurent dans des listes, en fonction de l'importance des risques que peut engendrer leur usage. Des mesures spécifiques sont applicables à chacune des listes. Les médicaments concernés sont, entre autres, les stimulants tels le méthylphénidate et les tranquillisants-sédatifs appartenant à la famille de benzodiazépines telles l'oxazépam ou le midazolam. Le présent article se réfère aux médicaments psychotropes selon la classification de l'OMS.

Les médicaments psychotropes présentent un grand intérêt pharmaco-thérapeutique, ce qui explique leur utilisation fréquente. Il importe donc de garder à l'esprit les précautions à observer pour éviter l'effet pervers de la pharmacodépendance.

QUELLE BASE LÉGALE?

Les médicaments psychotropes sont soumis d'une part à la législation fédérale sur les produits thérapeutiques (LPh), qui fixe les critères qualitatifs auxquels ces produits doivent répondre et, d'autre part, à la législation fédérale sur les stupéfiants (LStup), qui vise à combattre l'usage abusif de ces produits. Ce n'est que depuis 1996 que les médicaments psychotropes sont soumis à la LStup, soit vingt-cinq ans après l'entrée en vigueur la Convention internationale sur les substances psychotropes de l'Organisation des Nations-Unies de 1971. La législation helvétique est donc harmonisée avec celle des autres pays: les listes des médicaments psychotropes contrôlés se fondent sur les décisions de la Commission internationale des stupéfiants.

Curieusement, les professionnels de la santé ne savent pas tous que la LStup s'applique également aux médicaments psychotropes. Le présent article permet de rappeler ce fait à ceux n'en auraient pas encore pris conscience.

L'article 11 de la Loi fédérale sur les stupéfiants stipule que les médecins sont tenus de n'employer, dispenser ou prescrire les stupéfiants que dans la mesure admise par la science. Cette disposition implique que ces produits soient prescrits avec la prudence nécessaire, en particulier lors de l'initialisation des traitements. Sachant le risque élevé de dépendance lié à une utilisation prolongée, la prescription des médicaments psychotropes devrait, autant que possible, être d'une courte durée.

Une importante révision de la LStup est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2011: parmi les modifications, la stratégie des quatre piliers de la Confédération en matière de politique

de la drogue (prévention, thérapie, diminution des risques et répression) y est maintenant ancrée.

La législation fixe donc un cadre destiné à permettre un usage sûr et adéquat des médicaments psychotropes. En matière de dépendances, les autorités y trouvent les outils leur permettant de lutter contre les abus manifestes, entre autres lorsque le comportement problématique de personnes (par exemple la conduite d'un véhicule par un patient utilisant de grandes quantités de médicaments psychotropes) peut provoquer des dommages autant pour eux-mêmes que pour leur entourage social et pour la collectivité.

RÉINVENTER LA ROUE?

De nombreux travaux ont été publiés à propos des graves problèmes qui peuvent résulter de la dépendance, notamment aux médicaments psychotropes. Bien qu'aucun ne préconise de solution patentée menant systématiquement à la résolution des problèmes, des éléments intéressants peuvent y contribuer.

Parmi les publications, il faut relever le rapport de 2010 «Défi addictions» établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Ce rapport présente une conception originale, notamment par le fait que son champ s'étend à toutes les substances (alcool, tabac, drogues, médicaments, etc.), ainsi qu'aux comportements addictifs (internet, jeux, etc.). Il pose les fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse. Le pragmatisme et l'interdisciplinarité constituent des éléments importants de la conception. Avec les dix lignes directrices qui y sont proposées, ce rapport constitue un outil utile pour faire face au problème des addictions, notamment à celle aux médicaments psychotropes.

Plutôt que de réinventer la roue, en particulier lorsque les ressources sont restreintes, il est judicieux de connaître les travaux et publications déjà réalisés et de s'en inspirer. Ce principe simple constitue à lui seul un défi qu'il vaut la peine de relever.



MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES - QUELS PROBLÈMES?

Les médicaments psychotropes existent depuis des dizaines d'années et sont bien connus. Les principaux problèmes liés à l'utilisation régulière de ces médicaments sont:

- dépendance parfois grave d'utilisateurs, avec un risque élevé de comportement perturbé pouvant mener à une désocialisation;
- combinaison de ces produits avec d'autres substances psychoactives, notamment avec de l'alcool;
- nécessité d'augmenter les doses pour obtenir l'effet souhaité (tolérance);
- troubles de la mémoire;
- accidents (chute de personnes âgées, utilisation dangereuse d'un véhicule ou d'une machine).

Les personnes devenues dépendantes peuvent être incitées à:

- exercer des pressions auprès des médecins en vue d'obtenir des ordonnances médicales;
- faire du tourisme médical;
- mentir sur leur usage des produits;
- modifier des ordonnances, en fabriquer de fausses ou en voler chez leur médecin;
- acheter des médicaments psychotropes par internet ou sur le marché noir, respectivement en vendre.

Une fois la dépendance aux médicaments psychotropes installée, s'en dégager représente une épreuve fréquemment difficile: les méthodes de sevrage impliquent toutes une ferme volonté, des efforts et même de la souffrance.

PRÉVENTION DES ABUS DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES?

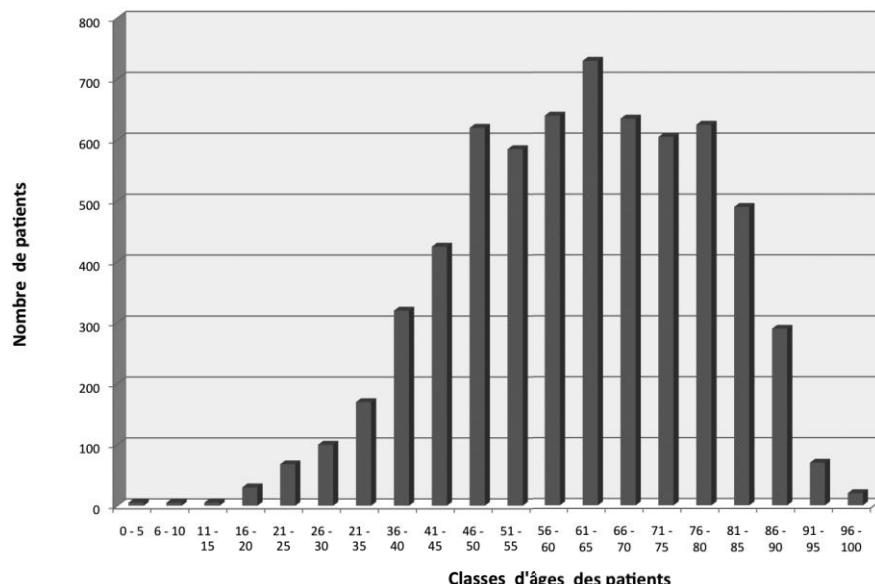
L'information, la diligence et l'incitation constituent des outils figurant dans la panoplie des moyens de prévention. L'information au sujet de l'utilisation raisonnée des médicaments psychotropes est déjà connue de la plupart de leurs utilisateurs: elle doit cependant être répétée et élargie, comme le font les publicitaires qui martèlent un message. Parmi les informations destinées aux patients, les médecins et les pharmaciens doivent attirer leur attention sur les précautions à observer: risques de dépendance en cas d'utilisation prolongée, risque de diminution des réflexes et de l'attention, renonciation à la prise simultanée d'alcool, etc. Ils devraient également recommander la lecture de la notice d'emballage et proposer leur aide en cas de questions éventuelles.

Les professionnels de la santé (notamment médecins et pharmaciens) sont soumis à un devoir particulier de diligence au sujet des médicaments psychotropes. Le médecin doit s'assurer que le bénéfice du traitement avec ces produits est supérieur aux risques encourus (dépendance et autres), surtout lors de la prescription initiale. Une nouvelle évaluation du bien-fondé d'une prescription doit être faite s'il s'avère nécessaire de poursuivre les traitements. En cas de doute, le médecin peut, par exemple, demander à son patient s'il a déjà obtenu des prescriptions de médicaments psychotropes d'autres médecins, respectivement si un autre médecin lui en prescrit simultanément. S'il faut poursuivre le traitement, le médecin peut demander au patient une appréciation de l'efficacité du traitement ou s'il ressent une dépendance. Les pharmaciens vérifient quant à eux systématiquement que les patients n'utilisent pas des quantités de médicaments dépassant largement celles qui correspondent à la posologie prescrite par le médecin: en cas de problème, ils prennent contact avec les médecins prescripteurs.

Dans le canton de Fribourg, les pharmaciens sont particulièrement attentifs à l'égard des patients qu'ils ne connaissent pas et qui présentent des ordonnances comportant des médicaments psychotropes. S'ils ont le moindre doute à propos de l'authenticité d'une ordonnance, les pharmaciens prennent contact avec le médecin l'ayant rédigée. Si ce dernier n'est pas atteignable, un document tel qu'une carte d'identité, un permis de conduire, un abonnement de transport public ou autre pièce équivalente (par exemple la carte de fidélité d'une chaîne de magasins) peut être demandé au porteur de l'ordonnance pour vérifier son identité. Si le patient ou la personne chargée de l'acquisition des médicaments psychotropes ne dispose d'aucun document permettant de s'assurer de son identité, le pharmacien refuse la dispensation. Dans les cas d'urgence, le pharmacien est habilité à remettre un petit nombre de comprimés permettant aux patients de poursuivre leur traitement, ceci dans l'attente de pouvoir contacter le médecin.

Parmi les mesures d'incitation figure une limitation de prescription prévue par la législation sur les stupéfiants: la quantité de médicaments psychotropes pouvant être prescrite au moyen d'une ordonnance ne peut dépasser celle permettant un mois de traitement. Dans des cas exceptionnels justifiés, cette durée peut être étendue à six mois de traitement au maximum. Passé ce délai, une nouvelle ordonnance doit impérativement être établie. La raison de cette limitation est bien compréhensible: par principe, la prescription des médicaments psychotropes doit être de courte durée pour éviter le problème de la dépendance. Pour les patients «chroniques», la durée de prescription peut être étendue pour éviter des consultations trop fréquentes, mais

pas au-delà de six mois. Au-delà de cette période, le patient ayant besoin de médicaments psychotropes doit obtenir de son médecin une nouvelle ordonnance au terme d'une consultation. Elle permet au médecin d'évaluer le déroulement du traitement et d'apporter un soutien psychothérapeutique minimal, et plus s'il l'estime nécessaire.



QU'EN EST-IL DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES?

Il existe des informations très globales sur l'utilisation des médicaments psychotropes. L'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) établit des statistiques nationales à l'intention de l'Organe international de contrôle des stupéfiants de l'ONU (INCB), en application de la Convention internationale sur les substances psychotropes de 1971. Les données sont publiées dans le rapport annuel de cette organisation, à côté de celles des autres pays (www.incb.org/incb/fr/annual_report.html). Une analyse fine des chiffres publiés n'est cependant pas possible.

Une récente étude intitulée «prescription et dispensation des benzodiazépines et substances analogues dans le canton de Fribourg – état des lieux et recommandations» a été réalisée dans le cadre d'un travail de diplôme d'une pharmacienne avec le soutien du Service fribourgeois de la santé publique. Les benzodiazépines constituent le groupe le plus important des médicaments psychotropes au sens du présent article. L'étude a notamment consisté à analyser les dispensations de ces produits en se fondant sur les ordonnances (6'700) présentées dans cinquante pharmacies publiques fribourgeoises durant le mois d'août 2010. Le travail d'investigation a été effectué en veillant à assurer strictement la protection des données personnelles. L'étude n'est pas encore publiée, mais les résultats provisoires permettent de dégager des éléments intéressants, parmi lesquels les cinq faits suivants:

- 1. Proportion d'ordonnances de benzodiazépines**
2.8% des ordonnances (6'700) présentées dans les pharmacies comportent la prescription de benzodiazépines.
- 2. Différenciation hommes / femmes**
Les femmes constituent 66% des destinataires de ces ordonnances.
- 3. Classes d'âge des patients**
La proportion de patients concernés s'élève sensiblement à partir de l'âge de 35 ans.
- 4. Types de médicaments psychotropes figurant sur les ordonnances**
Parmi les 26 substances prescrites, le zolpidem (27,5%), le lorazépam (20%), et l'oxazépam (9,4%) occupent les trois premières places du hit-parade.
- 5. Durée des traitements**
Pour la plupart des patients (75%), l'utilisation des benzodiazépines est régulière et à long terme (durée supérieure à 6 mois).

La publication de cette étude devrait intervenir à la fin de l'automne 2011.

PRATIQUE MISE EN PLACE DANS LE CANTON DE FRIBOURG POUR LUTTER CONTRE L'ABUS DES PSYCHOTROPES?

Elle s'appuie sur la législation et sur les recommandations et lignes directrices diverses existantes, comme par exemple sur le rapport «Défi addictions».

Pour les patients, l'accès aux traitements légitimes est encouragé, tout comme leur supervision thérapeutique par les professionnels de la santé. Les médecins et pharmaciens connaissent les risques liés à l'utilisation des substances psychotropes. Partant de ce principe, les autorités soutiennent leur engagement.

Lorsque des patients sont devenus dépendants, ce qui est fréquent, il y a lieu de distinguer une utilisation problématique ou non. Les autorités de contrôle, en particulier le pharmacien cantonal, le cas échéant en collaboration avec le médecin cantonal, ne se mêlent des traitements qu'en cas d'utilisation problématique, et seulement si des risques le justifient.

Les autorités ont besoin d'un système pour détecter les cas particuliers d'utilisation des benzodiazépines, de sorte à disposer d'informations. Dès qu'elles en sont en possession, elles peuvent procéder à des éclaircissements, et le cas échéant lutter contre les abus. Par cas particulier, il faut comprendre des prescriptions «hors étiquettes», cette expression désignant une utilisation en dehors de l'indication admise par l'autorité compétente responsable des autorisations de mise sur le marché (Swissmedic), comme par

exemple la prescription d'un somnifère trois fois par jour (matin, midi et soir) ou la prescription de médicaments à une posologie qui dépasse largement celle admise selon le Compendium suisse des médicaments, par exemple une posologie de six comprimés par jour d'un médicament psychotrope dont la posologie journalière maximale usuelle est de deux comprimés. Avant le 1^{er} juillet 2011, les pharmaciens fribourgeois avaient été priés de signaler au Service cantonal de la santé publique les faits particuliers qu'ils constataient lors de l'exécution des ordonnances, tels ceux figurant dans les exemples cités. Depuis le 1^{er} juillet 2011, les modifications de la LStup sont entrées en vigueur. Le nouvel article 11bis prévoit que les médecins qui prescrivent des stupéfiants autorisés en tant que médicaments pour une indication autre que celle qui est admise doivent notifier leur prescription dans un délai de 30 jours aux autorités cantonales compétentes. Sur demande des autorités précitées, les prescripteurs doivent fournir toutes les informations nécessaires sur la nature et le but du traitement. Une base légale fédérale permet donc maintenant aux autorités cantonales d'obtenir les informations qui leur sont nécessaires.

En procédant à des éclaircissements ciblés, les autorités examinent si les prescriptions particulières dont elles ont connaissance représentent une solution appropriée ou non. Il existe en effet des prescriptions qui ne reposent pas sur une base scientifique reconnue, mais qui constituent un compromis acceptable, même s'il en résulte une grave dépendance de certains patients (par exemple pour faire face à une maladie incurable, au décès d'un être très cher, à une affaire de mœurs ou à la perte d'un emploi avec de sombres perspectives pour en trouver un nouveau). Il existe également des raisons pharmacogénétiques qui peuvent nécessiter des posologies plus élevées que celles admises selon le Compendium suisse des médicaments; les autorités peuvent les admettre, pour autant que les dossiers des patients concernés soient documentés. En cas de doute au sujet de prescriptions particulières, les autorités peuvent demander qu'un second avis médical indépendant soit établi. Si des abus manifestes et importants sont commis, les autorités y mettent fin, respectivement les répriment.

Parmi les utilisations problématiques à risques élevés figurent les combinaisons de médicaments psychotropes avec de l'alcool et/ou d'autres drogues (notamment le cannabis). S'ils conduisent un véhicule, les patients concernés mettent leur vie en péril, respectivement celles d'autres personnes se trouvant sur la voie publique. Pour de tels patients, les autorités recommandent à leurs médecins d'examiner la nécessité d'une suspension de leur permis de conduire. Pour ce faire, les médecins annoncent les patients concernés à l'Office fribourgeois de la circulation et de la navigation (OCN), qui procédera le cas échéant au retrait du permis de conduire. La menace du retrait du permis de conduire peut constituer une incitation positive.

Lorsqu'un patient demande à son médecin une ordonnance lui permettant d'obtenir une quantité importante et non justifiée de médicaments psychotropes, le médecin ne

devrait pas y donner suite. Si le patient exerce de fortes pressions, le médecin peut argumenter un refus par les contrôles rigoureux effectués par les autorités sanitaires: elles demandent aux médecins les raisons détaillées justifiant ce type de prescriptions, qui doit nécessairement reposer sur des bases scientifiques. Pour aider un tel patient, le médecin peut lui proposer un soutien psychothérapeutique ou/et un sevrage, voire la consultation d'un médecin spécialisé en matière de prise en charge des addictions.

En cas de dérapage grave, une collaboration étroite est requise entre le patient et son médecin pour y remédier. Un soutien psychothérapeutique constitue l'une des mesures importantes du traitement. Un sevrage aux médicaments psychotropes doit être envisagé, ou la prise en charge par une institution spécialisée. Si un patient est particulièrement difficile et qu'il ne suit pas les instructions de son médecin malgré sa situation délicate et/ou dont l'attitude n'est pas acceptable (profération d'insultes, de menaces, ou autres), des mesures contraignantes peuvent être décidées à son encontre par les autorités: en concertation avec son médecin, un cadre strict est fixé au patient. Un médecin traitant ou une institution spécialisée, respectivement une pharmacie, sont désignés comme seuls habilités à sa prise en charge thérapeutique. Les médicaments psychotropes peuvent être dispensés de façon fractionnée, par exemple à raison de la seule quantité journalière. Si cela se justifie, d'autres partenaires peuvent être impliqués pour la mise en charge du patient (services régionaux de santé, services sociaux, etc.). Des contrôles ciblés permettent aux autorités cantonales de s'assurer du respect et de l'efficacité des mesures décidées.

Si des personnes sont identifiées pour avoir commis des actes illégaux (vol ou falsification d'ordonnances, vente de médicaments au marché noir), la loi sur les stupéfiants prévoit des poursuites pénales. Il peut s'y ajouter des mesures de limitation ou organisationnelles pour y mettre fin, lesquelles sont faciles à appliquer et d'une très bonne efficacité.

OBJECTIF PRINCIPAL: INTÉRÊT DES PATIENTS ET DE LA COLLECTIVITÉ PUBLIQUE

Les médicaments psychotropes contribuent à soulager les symptômes de la plupart des patients les utilisant régulièrement: pour ceux qui en ont besoin pendant une longue durée, l'effet secondaire de la dépendance est en général d'une gravité limitée. L'intérêt des patients peut justifier la décision médicale de prescrire ces médicaments.

Pour des personnes dont la qualité de vie n'est pas bonne (grave anxiété ou sérieux troubles du sommeil, maladie chronique, problèmes familiaux ou professionnels, etc.) et sans perspectives d'amélioration en vue d'une existence plus prometteuse, la dépendance aux médicaments psychotropes représente un moindre mal. La prescription de doses élevées pour de tels patients est acceptable, pour autant que le suivi thérapeutique soit assuré et que les patients collaborent au succès de leur traitement.

Se fondant sur l'évaluation des risques spécifiques à chaque patient, le médecin doit également prendre des mesures pour éviter que la prescription des médicaments psychotropes ne provoque des conséquences négatives (notamment des accidents) pour la collectivité publique.

Existe-t-il des alternatives efficaces, économiques et dépourvues d'effets secondaires dont celui de la pharmacodépendance lié aux médicaments psychotropes? Les patients concernés seraient très heureux d'en profiter. Malheureusement, actuellement, aucune solution de remplacement ne fournit une réponse permettant de renoncer à l'utilisation de ces médicaments.

Courriel:

Laurent.Medioni@fr.ch

Séances d'information

Hes·so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

Formations continues postgrades HES et universitaire 2012

- DAS en Action communautaire et promotion de la santé
- DAS en Santé des populations vieillissantes
- CAS en Interventions spécifiques de l'infirmier-ère en santé au travail
- CAS en Liaison et orientation dans les réseaux de soins
- CAS en Intégration des savoirs scientifiques dans les pratiques professionnelles de la santé
- DHEPS Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales
- CARA Certificat d'aptitude à la recherche-action

Les mardis 10 janvier, 7 février, 13 mars, 15 mai, 12 juin, 11 septembre et 30 octobre 2012 à 18h.

Pour de plus amples renseignements, consultez notre site Internet www.ecolelasource.ch

Institut et Haute Ecole de la Santé

La Source
Lausanne

Av. Vinet 30 – 1004 Lausanne
Tél. 021 641 38 00
www.ecolelasource.ch

ADDICTION À INTERNET: ÉTAT DES LIEUX SUR L'OFFRE DE TRAITEMENT ET DE PRÉVENTION EN SUISSE

Richard Blättler, Fachverband Sucht, Zurich et **Frédéric Richter**, Groupement Romand d'Etudes des Addictions, Yverdon

La cyberaddiction reste un terme très flou pour le réseau addiction. Avant de savoir si cette problématique peut intégrer un cadre global de référence sur les addictions, comme le propose «Défi addictions», il s'agit avant tout de mieux connaître cette problématique. C'est ce que tente de faire le Fachverband Sucht et le GREA, en établissant un état des lieux des offres existantes.

Sur un mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Fachverband Sucht et le GREA ont réalisé un état des lieux sur l'offre de prévention et de traitement de la cyberaddiction en Suisse. Les résultats montrent une hétérogénéité de l'offre au niveau de la prévention ainsi que des manques dans certains cantons. Face à internet, la protection de la jeunesse est devenue un enjeu majeur, beaucoup d'acteurs différents se mobilisent. Entre dramatisation et prévention, loisirs et réglementation, un risque de confusion s'installe. L'usage excessif d'internet est une réalité, mais les champs d'intervention doivent encore être clarifiés. Les professionnels des addictions participent activement à ce nouveau défi.

La société, dans son ensemble, est concernée par la révolution technologique d'internet et des médias électroniques. C'est particulièrement vrai pour la jeunesse, dont 84% utilise, aujourd'hui en Suisse, internet comme moyen de communication¹. Les professionnels de la santé, de la jeunesse, l'administration publique, la police ou encore les milieux politiques sont confrontés à ce thème d'actualité. Face à internet, on assiste à une situation sans précédent, où la jeune génération détient une meilleure connaissance et parfois de plus fines compétences que ses aînés. Pour certains observateurs, nous nous trouvons dans une mutation psychosociétale profonde², où le danger serait de succomber au conflit intergénérationnel. On ne sait pas encore comment on doit traiter les nouvelles technologies et le monde adulte se trouve face à ses interrogations, un peu à l'image de l'arrivée de la télévision. Cela dépasse de loin la seule problématique des addictions. Les enjeux éducatifs sont nombreux (lien social, image de soi, sexualité, etc.).

Comme tout phénomène nouveau et inattendu, internet génère son lot de crainte et de confusion. En l'absence de références scientifiques solides, chacun développe sa

propre manière de concevoir le phénomène. Dans le domaine des addictions, des demandes d'aide pour un usage excessif d'internet sont apparues ces dernières années, en particulier concernant le jeu vidéo, les jeux d'argent ou la cyberpornographie. On parle souvent de cyberaddiction³, mais ce diagnostic est objet de controverse. Le terme de cyberaddiction est apparu en 1995 en tant que diagnostic psychiatrique (Goldberg), mais celui-ci ne reflèterait pas forcément une réalité clinique bien identifiée; il n'a par ailleurs pas encore été inclus dans le projet de DSM-V⁴. Chez certains spécialistes, l'addiction à internet existe. Pour d'autres, plus proches de la jeunesse, on tend à considérer l'usage d'internet comme faisant partie de la vie des jeunes. Cette passion serait souvent éphémère.

L'utilisation du terme cyberaddiction qui est centré sur le trouble (addiction), fait penser que la problématique se réduit aux comportements les plus problématiques, alors qu'il faudrait d'abord rendre compte des usages. Il importe pour cela de donner la parole aux utilisateurs, qui plus est aux jeunes utilisateurs, dont l'usage parfois intense d'internet interpelle les adultes. Un projet pilote mené par le GREA et l'association de joueurs Swiss Gamers Network, a permis d'interroger 270 passionnés de jeux vidéos, âgés en majorité de 15 à 20 ans, sur leur pratique de jeux en ligne. Ce sont 51% des sondés qui considèrent les jeux multiplayer «sans aucun risque» et 72% qui évaluent les contenus de violence comme «légèrement risqué» ou «sans aucun risque». Par contre, 62% des sondés sont «d'accord» ou «totalement d'accord» avec le fait que prévenir les risques liés à l'usage d'internet est une action nécessaire.

Internet propose beaucoup d'activités pour un nombre incroyable d'utilisateurs. Face à cette évolution marquée par des usages multiples, il n'est pas étonnant d'observer une pluralité de réponses aux difficultés «rencontrées» ou supposées. Ainsi, des intervenants de plusieurs domaines

¹ 84% des adolescents (12 à 19 ans) interrogés dans l'étude JAMES sont inscrits sur au moins un réseau social. Willemse, I., Waller, G., & Süss, D. (2010). JAMES – Jeunes, activités, médias – enquête Suisse Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Zürich. P.29

² Voir par exemple: Jean-Paul Gaillard (2009), *Enfants et adolescents en mutation, mode d'emploi pour les parents, éducateurs, enseignants et thérapeutes*. ESF éditeurs, Issy-les-Moulineaux.

³ Dans cet article, le terme cyberaddiction est utilisé comme expression générique pour parler des usages problématiques d'internet. On utilise en allemand le terme Online Sucht.

⁴ G. Thorrens, D. Zullino, (2011). Une meilleure appréhension du concept de cyberaddiction. Illustré par le potentiel addictogène des jeux de rôle massivement multijoueurs en ligne, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 162(6):232-8

d'intervention construisent des messages sur les dangers d'internet (police, école, protection de l'enfance, prévention, etc.). Pour les professionnels des addictions, le défi est important, car la grande accessibilité à internet, sa permanence et son offre très attractive présentent pour les personnes en situation de vulnérabilité, des risques de perte de contrôle. Pour l'heure, la seule absence d'une terminologie commune en Suisse romande, témoigne d'une approche encore confuse du phénomène⁵.

DRESSER UN ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE EN SUISSE

L'OFSP a souhaité mieux connaître l'offre existante en matière de cyberaddiction en Suisse. En 2010, il a donc confié un mandat au Fachverband Sucht et au GREA pour réaliser un état des lieux de l'offre. Existe-t-il des mandats spécifiques pour aborder ces questions de cyberdépendance? Quels sont les acteurs qui interviennent sur ce domaine spécifique? Sont-ils organisés en réseau? Telles sont les questions principales abordées par cette enquête.

Sur la base des constats dressés lors de cet état des lieux, une deuxième phase consistera à dégager une vision interdisciplinaire du phénomène, le processus vise ici à ouvrir un dialogue constructif, élargi aux autres domaines concernés (police, école, sexualité, famille, etc.).

Quatre-vingt-quatre personnes, issues des domaines de la prévention ou du traitement des addictions et de l'administration publique, ont été interviewées à l'aide d'un guide d'entretien. L'enquête a démontré que l'offre existante sur la cyberaddiction est restreinte et globalement peu connue au sein des professionnels des addictions. Dans certaines régions, les centres spécialisés en addiction, ambulatoire ou résidentiel, n'ont aucun mandat spécifique pour traiter la thématique de la cyberaddiction. En Suisse alémanique, les réponses sont souvent peu claires voire même contradictoires. Les personnes interrogées à Bâle mentionnent qu'il manque une offre de prévention spécifique, alors qu'un concept a précisément été élaboré par le canton de Bâle-Ville. Dans les cantons de AI, AR, BL, JU, NW et UR, la prévention et/ou le traitement de la cyberaddiction sont soit inexistantes, soit mal identifiées. Dans les cantons de OW et NW, le service de la prévention et de la santé publique est en pleine mutation.

Dans d'autres régions, notamment les plus grands cantons et la Suisse romande, la situation est plus avancée. À Zurich, les 8 centres de prévention des addictions ont placé le thème de la cyberaddiction comme thème principal des

addictions sans substance pour 2011. Dans le canton de Berne, la question de la cyberaddiction est abordée depuis plusieurs années, illustrée récemment par le projet «cyber-sm@rt» de Santé bernoise.

Les centres de traitement qui proposent une prestation spécifique sur la cyberaddiction signalent une tendance à l'augmentation des demandes de consultation, en majorité des jeunes hommes utilisateurs de jeux vidéo. En 2010, les demandes de consultation liées à la cyberaddiction varient selon les institutions de 0 à 70 (consultation de Nant à Genève), mais les statistiques d'entrée n'intègrent pas souvent cette problématique en tant que telle. En Suisse romande, dans chaque canton, sauf le Jura, il existe au moins une offre de traitement de la cyberaddiction.

Nous avons observé qu'une offre s'est développée dans les cantons où un mandat clair sur l'addiction aux jeux d'argent existe déjà. En Suisse romande, des spécialistes, soutenus par un programme intercantonal qui délimite clairement les responsabilités, travaillent en réseau depuis plusieurs années sur le domaine des jeux d'argent. À travers le thème du jeu excessif, terme utilisé dans le domaine des jeux d'argent, les centres sont fréquemment sollicités pour répondre aux problèmes de cyberaddiction (jeux vidéo et cyberpornographie surtout). En Suisse romande, chaque canton peut répondre à une demande de traitement lié à un usage excessif d'internet, sauf le canton du Jura. Toutefois, pour ce dernier, des collaborations existent avec une offre spécialisée dans le Jura bernois. Si l'offre est plus étoffée en Romandie, la plupart de ces prestations reposent néanmoins sur des mandats implicites où le thème de la cyberaddiction n'est pas mentionné.

Interrogés pour évaluer l'offre existante sur la cyberaddiction dans leur canton, les professionnels des addictions ainsi que des responsables de l'administration publique ont la vision suivante. Quarante-six personnes interrogées sur 88 estiment que l'offre en matière de prévention n'est pas suffisante (54%). L'offre ambulatoire de conseil et traitement est plutôt jugée suffisante par 34 personnes, soit à peine 40%. Trente personnes ne peuvent cependant pas répondre clairement à cette question. Confirmant un réseau plus performant, l'offre de traitement en Suisse romande (ambulatoire) est jugée nettement suffisante (63%), contre (33%) en Suisse alémanique.

La forte proportion de personnes qui n'ont «pas d'avis» sur la qualité de l'offre de traitement montre de manière significative que les projets existants sont peu connus. Ce score est relativement inquiétant dans la mesure où l'on observe un nombre croissant de demande d'information, de prévention et de traitement sur la cyberaddiction.

Le rapport final «Cyberaddiction: Etat des lieux sur l'offre existante en Suisse» présente des résultats détaillés sur la perception des personnes interrogées sur l'offre de prévention, de traitement ambulatoire et résidentiel, ainsi que sur les ressources existantes pour la recherche et la formation continue. Une fiche par canton signale les prestations actuelles⁶.

⁵ Les centres spécialisés de Suisse romande utilisent chacun une terminologie différente pour qualifier le phénomène: cyberdépendance - Cyberaddiction - Usage excessif des écrans ou des jeux virtuels - Troubles liés aux médias électroniques - Dépendance à internet - Utilisation problématique d'internet - Addiction aux écrans.

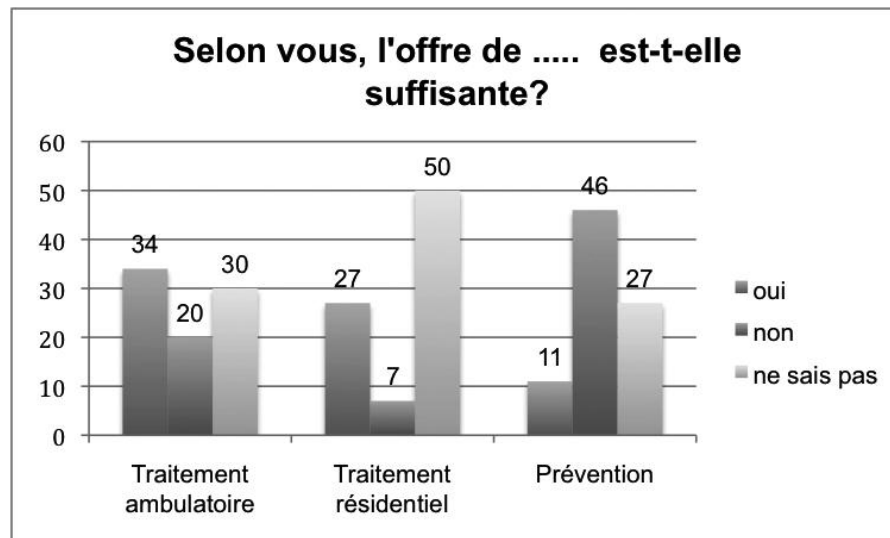


Fig. 1: Evaluation de l'offre en matière de cyberaddiction en Suisse

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Nous avons, ici, présenté brièvement les résultats d'une enquête centrée sur l'état des prestations concernant directement la cyberaddiction. Ces prestations sont globalement méconnues, au sein même du réseau des spécialistes. Par conséquent, il est probable que la population ne les connaisse pas non plus. Si la situation est généralement confuse en Suisse alémanique - à l'exception de quelques cantons - les prestations sont mieux connues en Suisse romande grâce en partie à un réseau «jeux d'argent» bien implanté.

Il manque actuellement des données représentatives sur la cyberaddiction en Suisse. Si l'Enquête Suisse sur la Santé 2007 ou la première recherche JAMES 2010⁷, apportent des éléments intéressants sur l'utilisation des nouveaux médias, une recherche suivie sur la cyberaddiction est nécessaire.

La prévention des usages d'internet est un domaine où plusieurs acteurs interviennent dont une majorité de non-spécialistes des addictions. La collaboration entre ces différents acteurs reste rare. Chacun diffuse un message propre à son domaine d'intervention (jeu vidéo, cyberpornographie, jeu d'argent, violence). Ces activités sont potentiellement complémentaires, une clarification des moyens mis en œuvre et une meilleure coordination au niveau cantonal sont donc nécessaires.

Une prise de position des professionnels des addictions manque également, celle-ci apporterait de la clarté. Cette démarche est l'objet de la deuxième phase du mandat; un panel de spécialistes intervenant dans le domaine d'internet a été convié à un think tank national dans le but d'élaborer une position interprofessionnelle sur la cyberaddiction.

L'utilisation des nouveaux médias révèle des enjeux intergénérationnels importants. Les jeunes, comme les parents, sont des partenaires indispensables à intégrer au processus de clarification, ils aideront à mieux comprendre les problèmes et à développer des réponses adaptées.

La diversité des acteurs et des thèmes liés aux nouveaux médias rend la situation confuse, mais les travaux sur l'intervention précoce ont montré que les professionnels des addictions ont développé un savoir-faire dans la résolution des problèmes complexes. Au sujet d'internet, il importe encore que les professionnels des addictions précisent le contenu des concepts qu'ils utilisent et délimitent plus exactement ce domaine d'activité. Un nouveau défi!

NB: Cet article est une adaptation de l'article paru dans le «SuchtMagazin» de mars 2011, rédigé par les mêmes auteurs.

Courriel:

blaettler@fachverbandsucht.ch
f.richter@grea.ch

⁶ Le rapport complet sur l'état des lieux est consultable sur le site internet www.grea.ch

⁷ Willemse, I., Waller, G., & Süss, D. (2010). JAMES - Jeunes, activités, médias - enquête Suisse Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Zürich.

L'étude JAMES 2010 porte sur le comportement des jeunes Suisses face aux médias avec une attention particulière aux réseaux sociaux. L'utilisation du téléphone portable et des jeux vidéo a également été étudiée. Les résultats montrent que les jeunes disposent d'une compétence technique élevée, surfent sur internet et les réseaux sociaux, et sont de grands utilisateurs des différentes fonctions du média hybride qu'est le téléphone portable.

LES MÉDECINS DE FAMILLE PARTAGENT LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE MENÉ PAR LES PROFESSIONNELS DU CHAMP DES DÉPENDANCES

Interview de Vinciane Frund par **Jean-Félix Savary**, GREa

Le réseau addiction est pour la plupart convaincu de la pertinence d'une approche globale des dépendances. Nous avons demandé à la responsable politique de la santé, de l'association des Médecins de famille Suisse (internistes, généralistes et pédiatres), quelle était sa vision de la question. Elle nous livre ici sa vision des enjeux actuels de la médecine de premier recours et de ses liens avec les addictions.

LES MÉDECINS DE FAMILLE EN GÉNÉRAL

Vous représentez les intérêts des médecins de famille au niveau fédéral. Quels sont pour vous les enjeux principaux aujourd'hui?

- On constate une inflation des spécialisations thérapeutiques, avec des technologies de pointes et des infrastructures impliquant des formations ad hoc toujours plus spécifiques. Les soins de premiers recours sont, quant à eux, encore insuffisamment valorisés, alors qu'ils représentent le grand défi des prochaines années: accompagner le vieillissement de la population et la recrudescence des maladies chroniques.

Les médecins de famille se sont fortement engagés autour de l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille». Pourquoi cette mobilisation?

- Il s'agissait de provoquer une prise de conscience rapide sur la pénurie de médecins de famille (moyenne d'âge: 57 ans), et sur les effets des décisions maladroites, voire méprisantes, émanant des autorités politiques ces dernières années. Deux cent mille signatures furent récoltées en moins de six mois, plaçant ainsi le débat politique à la hauteur des valeurs défendues: consolider le rôle des soins de base et faire évoluer le système pour en pérenniser l'accès à l'entier de la population.

La différence entre statut légal et illégal des produits psychotropes ne fait pas de sens d'un point de vue médical.

LES ADDICTIONS ET LES MÉDECINS DE FAMILLE

Comment les addictions sont-elles vues au sein de l'association des Médecins de famille? S'agit-il d'une préoccupation marginale? En augmentation?

- En première ligne, le médecin de famille fait face à l'entier des problèmes de santé de la population; son action se veut «holistique» et il travaille en réseau, pour être à même de solliciter les ressources de spécialistes, y compris dans le domaine des dépendances. Les dépendances étant un motif de consultation, cette préoccupation est constante et favorise l'interdisciplinarité.

DÉFI ADDICTIONS

Le rapport «Défi addictions» propose une vision globale des addictions. Les médecins de famille soutiennent-ils une telle approche?

- Une perspective de santé publique qui vise à couvrir l'ensemble des déterminants de la santé correspond à la réalité quotidienne du médecin de famille.

Le décloisonnement des approches doit être salué.

Le rapport «Défi addictions» demande un cadre global pour les produits psychotropes. Parmi ceux-ci, on trouve notamment les médicaments comme les benzodiazépines, souvent prescrits en cabinet. Seriez-vous favorable à promouvoir un débat sur ce sujet?

- Il faut comprendre le problème dans sa globalité, et les échanges interdisciplinaires sur cette délicate question seront porteurs. Le développement récent de la recherche en médecine générale (portée par les instituts universitaires de médecine générale (en allemand «de famille»), rejoint ces préoccupations.

La différence entre statut légal et illégal des produits psychotropes ne fait pas de sens d'un point de vue médical.

Par contre, c'est une réalité incontournable des consommateurs, notamment au niveau de l'intervention précoce.

- Il est clair que le médecin de famille est appelé à accompagner son patient dans le rapport qu'il entretient avec l'objet de sa dépendance et à l'aider à s'en distancer. La question de l'illégalité est toutefois l'un des éléments qui influencent la vie du dépendant et, très souvent, son état de santé.

Le réseau addiction a parfois beaucoup d'attentes envers la médecine de famille, notamment dans une logique d'intervention précoce. Pensez-vous que cette interface puisse être améliorée?

- Cette piste doit être explorée afin de clarifier à la fois les attentes des uns et des autres, mais également le spectre de leurs interventions et leur nécessaire articulation.

La diminution progressive des médecins de famille qui acceptent des patients sous traitement de substitution à la méthadone préoccupe beaucoup de spécialistes. A quoi attribuez-vous cette baisse?

- Le politique a d'abord entravé l'installation des médecins, provoquant ainsi leur sur-spécialisation hospitalière. Les cabinets de médecins de famille trouvent difficilement repereur et leur nombre chute. Il a fallu attendre fin 2007 pour que s'ouvre un Institut de médecine générale à Lausanne! Les médecins de famille sont dès lors sur-sollicités et c'est avant tout au niveau de la formation des jeunes professionnels que nous devons maintenant investir. Soyons clairs, la médecine de famille ne fait en aucun cas l'impasse sur les questions d'addiction.

MÉDECINE DE FAMILLE ET COMBAT POLITIQUE

La médecine de famille met en avant des valeurs de proximité et de solidarité. Elle insiste notamment sur la composante relationnelle indispensable à tout traitement. Y a-t-il danger?

- La médecine de famille est une «espèce» menacée de disparition, tandis que la médecine hospitalière de pointe s'est extraordinairement développée. La spécialisation et la technicité ne favorisent pas l'approche globale et humaniste; la tendance devrait être inversée.

Sur le fond, les médecins de famille partagent évidemment le positionnement éthique des spécialistes des dépendances, fait d'une posture de respect et d'écoute envers les personnes en souffrance.

Voyez-vous des alliances possibles entre la médecine de premier recours et le domaine des dépendances?

- Il est probable que sur les sujets centraux qui sont actuellement traités au niveau fédéral, nous aurions intérêt à

nous coordonner. Sur le maintien d'une offre de proximité, comme sur l'universalité des prestations de santé, nous pourrions envisager des alliances.

Vous vous présentez au Conseil national dans le canton de Vaud sur une liste Verte. Quel sens donnez-vous à cet engagement au niveau national?

- Le parti que je représente tient à préserver un système de santé de haute qualité et accessible à tout le monde. La politique de santé doit développer une approche plus globale, impliquant une réflexion sur les enjeux sociodémographiques posés par les personnes fragilisées. Son volet préventif doit être renforcé: il ne s'agit pas seulement de traiter les malades, mais aussi de promouvoir la santé auprès de l'ensemble de la population. Comme indiqué plus haut, les premiers déterminants de santé résident dans la qualité des conditions de vie et de l'environnement.

Les décisions sur ces questions se prennent à l'échelle fédérale, contexte dans lequel j'évolue quotidiennement. Un engagement politique pour une conviction issue de la réalité du terrain!

Courriel

vinciane.frund@polsan.ch

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Info Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupe Romand d'Etudes des Addictions GREA
Pêcheurs 8, CP 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction :

Corine Kibora, Addiction Info Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Christel Richoz
psychologue A.C.T, Montreux
Michel Graf
directeur Addiction Info Suisse, Lausanne
Etienne Maffli
psychologue, Lausanne
Viviane Prats
enseignante EESP, Lausanne
Catherine Ritter,
médecin, Genève

Administration et abonnements :

Claude Saunier
Addiction Info Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@addiction-info.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse: Frs 45.- par an
Etranger: Frs. 57.- / 45 euros par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

Photos

Interfoto

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

