



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Les enjeux de la coordination interinstitutionnelle au sein du dispositif cantonal «addiction»

JOURNÉE CRIAD - GREA

24 novembre 2016, Yverdon-les-Bains

Nicolas Dietrich

Délégué aux questions liées aux addictions du canton de
Fribourg

—
Direction de la Santé et des Affaires Sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Plan

- 1) Santé et addictions: contexte actuel
- 2) Evolutions structurelles dans le domaine des prises en charge des addictions
- 3) Evolution du rôle de l'Etat et relation Etat-institutions
- 4) Structures de collaboration Etat institutions: exemple de la coordination des prises en charges à Fribourg.
- 5) Perspectives: focus sur les thérapies résidentielles des addictions
- 6) Discussion

—
Direction de la Santé et des Affaires Sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

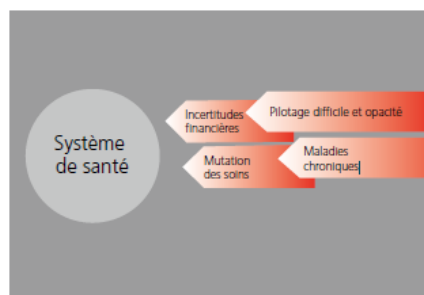
Défis du système de santé

Les maladies non transmissibles (MNT) sont aujourd'hui la première cause de mortalité dans le monde. En Suisse, elles ont causé environ 51% des décès prématurés chez les hommes en 2010 et 60% chez les femmes. La Confédération et les cantons préparent actuellement une stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles et une stratégie addictions.



Défis du système de santé

Les défis qui pèsent sur le système de santé sont les mêmes que ceux qui pèsent sur le domaine des addictions. Dès 1996, il y a eu une forte pression sur le financement des institutions du domaine des addictions.



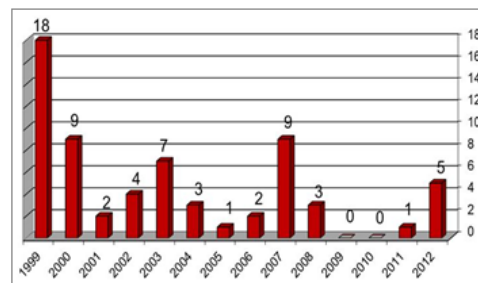
Source: DFSP

Défis sociétaux

- >Hausse démographique
- >Vieillessement de la population
- >Augmentation des écarts entre riches et pauvres
- >Augmentation des problématiques psychiques
- >Augmentation des maladies chroniques
- >Société addictive (centrée vers l'immédiateté et la performance)

Evolutions des prises en charge résidentielles (1)

Nombre d'institutions résidentielles fermées depuis 1999, chiffres CH (Source: Infodrog, 2014)



+ 1 institution fermée en 2013 et 1 institution fermée en 2014.

>Nombre total d'institution fermées (1999-2014): 66

Evolutions des prises en charge résidentielles (2)

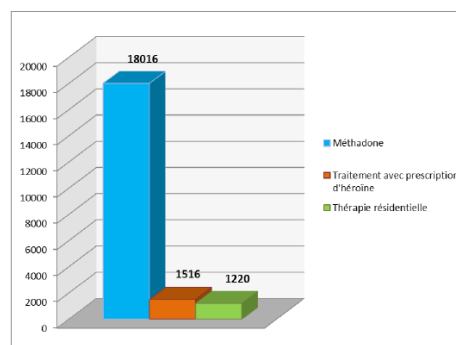
>En 2015, le taux d'occupation moyen annuel suisse dans les institutions de thérapie résidentielle était de 90%*

>Dans 7 cantons (AR, BE, BL, FR, NE, SG, ZG), le taux d'occupation moyen de l'ensemble des institutions du canton se monte à plus de 90%. Il est inférieur à 75% dans 2 cantons (JU, LU).

Monitoring des institutions de thérapie résidentielle des addictions : nombre de places à disposition et taux d'occupation en Suisse en 2015, Infodrog, novembre 2016

Evolutions des prises en charge résidentielles (3)

Nombre de places dans le pilier « thérapie »



Sources : Office fédéral de la santé publique OFSP (méthadone et traitement avec prescription d'héroïne: état 2011) & Infodrog (thérapie résidentielle: état 2013)

Selon Infodrog, le nombre de places résidentielles en Suisse est de 1090 en 2015.

Evolutions du domaine des addictions (1)

- Difficulté croissante de distinguer les institutions en fonction des substances. En réalité, nombreuses sont les institutions de traitement résidentiel des addictions qui, dans la base de données de l'offre (Infodrog), mentionnent au point « spécialisation » différentes substances simultanément (« Drogues illégales, alcool, médicaments») >tendance à un **déspécialisation face aux substances.**

Evolutions du domaine des addictions (2)

Selon *act-info-Residalc (2011)*:
Quasi toutes les institutions résidentielles alcool ne traitent pas que les problèmes liés à l'alcool et aux médicaments, mais aussi aux dépendances à d'autres substances, en l'occurrence à des drogues illégales. Grande proportion de poly-consommateurs. « *La majorité de ces institutions Residalc sont des centres de traitement des dépendances.* »
> **tendance à l'intégration**

Evolutions du domaine des addictions (3)

-Méthodes comme la réduction des risques, l'intervention précoce et la thérapie résidentielle sont valables autant pour l'alcool que pour les drogues > communauté de méthodes.

>Certaines études montrent qu'il n'y a pas de grandes différences de résultats entre une approche résidentielle et ambulatoire*.

*Finney et al. 1996

Evolutions du domaine des addictions (4)

-Plus grande attention aux consommations avec risques particuliers dans des situations inadéquates (grossesse, circulation et au travail).

-Certains traitements médicamenteux existent mais pas de guérison uniquement par ce moyen. La personne doit opérer un changement ou des aménagements dans sa façon de vivre. > **il faut travailler en collaboration avec d'autres services***

*Schaub, 2014

Evolutions du domaine des addictions (5)

Tendances de consommation:

- une forte diminution de la consommation du tabac,
- une très légère diminution de la quantité consommée d'alcool mais avec des augmentations dans certains groupes-cibles,
- une augmentation progressive du jeu excessif et autres « addictions sans substances »
- une stabilisation du côté des drogues illégales (certaines substances comme l'héroïne sont en baisse alors que la cocaïne et le cannabis sont plutôt en hausse).

Contexte et tendances (1)

>Pressions politiques pour renforcer une administration plus légère et efficace, et, dans le domaine du social, pour renforcer le généralisme, voir le bénévolat et la «charité» parfois au détriment des spécialistes.

>Règlementation exigeants des appels d'offre pour les marchés publics, ce qui permet à de nouveaux acteurs privés d'arriver sur le marché: ORS dans l'asile mais aussi dans le prévention (cours alcool pour la circulation routière, etc).

>Médicalisation: certaines institutions socio-thérapeutiques sont financées par les caisses maladie (ex Egliswil, Argovie). Pression sur les durées de prise en charge (cf TARMED et TARPSY).

Histoire : rapport Etat-institutions (1)

1. **Phase des pionniers (1972-1990): sous la pression de l'opinion publique, il faut agir.** Dans la plupart des cantons, des pionniers créent les premières institutions. L'Etat rassemble les premières informations et données, mais n'a pas de réelle partenariat avec les institutions. L'examen budgétaire est la principale occasion d'échange entre l'Etat et les institutions.
2. **Phase de la professionnalisation (1991-1997):** mise en place de la politique des 4 piliers et des premiers concepts cantonaux qui visent à être cohérents et globaux. Les institutions élaborent les concepts et l'Etat les valide. Les notions d'*Evidence-base* et de *Total Quality Management* remplacent la culture orale et militante.

Histoire : rapport Etat-institutions (2)

3. **Phase de la rationalisation (1997-2004):** dans un contexte de pression sur les finances publiques, on voit apparaître des *commissions techniques et de coordination pour assurer l'efficacité et la rationalité des actions des interventions* > l'Etat met en place son rôle de pilotage (contrats de prestations, concept communs, etc). Forte tension entre le social et le médical.
4. **Phase actuelle (dès 2004-)...intégrative, coordonnée?** Les approches intégrées sont mises en place partout. La pression financière se poursuit. L'Etat poursuit son intention de coordonner et piloter les prises en charge et de planifier afin de fournir une offre d'aide qui soit toujours en adéquation avec les besoins de la population.

Rôle de l'Etat (1)

La Loi fédérale sur les stupéfiants attribue (LStup) aux cantons les compétences en matière de traitements, de prise en charge et d'autorisation (pour les traitements au moyen de stupéfiants), de réinsertion ainsi que de réduction des risques et d'aide à la survie.

L'enjeu actuel est de pouvoir à la fois offrir des traitements, avec des approches diversifiées, différenciées et efficaces, répondant aux évolutions les plus récentes, et composer avec une pression croissante sur les dépenses publiques.

Rôle de l'Etat (2)

Selon la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI), les cantons garantissent que les personnes invalides domiciliées sur leur territoire ont à leur disposition des institutions répondant adéquatement à leurs besoins. Pour ce faire, les cantons doivent arrêter un plan stratégique visant à promouvoir l'intégration des personnes invalides et/ou en situation de handicap. Si les institutions ont la liberté de proposer de nouveaux projets, l'analyse globale des besoins et la validation des prestations relèvent donc des cantons.

Rôle de l'Etat (3)

Bases légales principales au niveau cantonal (FR):

- >Loi cantonale sur la santé (LSan)
- >Loi cantonale sur les institutions spécialisées et les familles d'accueil professionnel pour mineurs (AP-LIFAP)
- >Loi cantonale sur la personne en situation de handicap (AP-LPSH)
- >Loi cantonale sur l'aide sociale (LASoc)
- >Ordonnance cantonale d'application de la LStup
- >Directives cantonales sur les traitements de substitution TBS
- >Concept cantonal de 2012 :
[http://www.fr.ch/smc/fr/pub/addictions/ce que fait le canton de fribo.htm](http://www.fr.ch/smc/fr/pub/addictions/ce_que_fait_le_canton_de_fribo.htm)

Rôle de l'Etat (4)

>Durant les dernières années, l'Etat a évolué de plus en plus dans le sens d'un service à la population (moins technocratique, plus transparent et avec des informations très régulières à la population).

>L'Etat a aussi dû améliorer sa coordination interne et son efficacité.

>L'Etat doit, dans le domaine socio-sanitaire, contrairement aux acteurs économiques privés, veiller à contenir les inégalités et s'occuper aussi des plus faibles, des plus précarisés. Comme les ressources sont limitées, les personnes qui ont potentiellement besoin d'aide ne peuvent pas être toutes pris en charge. L'Etat donc planifier et établir des priorités.

Rôle de l'Etat (5)

Comme les institutions subventionnées par l'Etat ne doivent pas faire de profit, les corrections quant aux financements portent forcément sur les coûts. A Fribourg, la ligne directrice est toutefois de travailler de manière globale : à la fois sur les coûts ; les besoins de prise en charges et l'évolution du contexte sociétal. Travailler uniquement sur les coûts peut être dangereux car on risque de perdre des prestations qui sont utiles, efficaces et qui seront coûteuses à remettre en place ultérieurement.

Rôle de l'Etat (6)

Une approche différenciée du financement est visée: les institutions qui répondent à des besoins de prises en charge plus lourdes devraient pouvoir avoir des ressources plus élevées que celles qui prennent en charge des personnes plus ayant des besoins plus légers. C'est aussi le rôle de la planification.

Des efforts de synergies sont demandées par l'Etat aux institutions. Dans d'autres cantons, lorsque cela n'est pas possible, il est fréquent que des fusions aient alors été imposées.

Rôle de l'Etat (7)

La Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) est organisée par projets, ce qui permet des collaborations structurées entre les différents services et entre les niveaux hiérarchiques. Les institutions du domaine des addictions y sont intégrés (groupe de projet et différents groupes de travail).

Cela permet actuellement des espaces de concertation permanente entre l'Etat et les institutions.

Rôle de l'Etat (8)

Exemples du rôle concret que joue l'Etat en matière de pilotage dans le domaine des addictions:

>Créer les conditions d'accessibilité et d'existence des services spécialisés non seulement par un financement mais aussi par de la formation, des bases légales, des plans cantonaux etc. Ex: Plan cantonal d'action alcool (PCAA) (en cours d'élaboration), Programme cantonal Tabac (PCT), Plan d'action contre le surendettement et lutte contre le jeu excessif, Réglementation actualisée et formation continue mise en place pour les médecins prescrivant des traitements de substitution (TBS).

Projets concrets: FRIMESCO et art 3c Lstup pour DP-IP.

Rôle de l'Etat (9)

> Transfert de connaissances et mise en place d'outils d'information (ex: FRIADIC et monitoring cantonal).

> Cela peut aller jusqu'à créer un cadre de référence et une systématique professionnelle, par exemple en créant un dispositif pour piloter la trajectoire des personnes concernées à travers ces institutions. Ex: du dispositif cantonal d'indication addictions. A Fribourg, ce dispositif couvre tous les types de substances, les clients adultes et les mineurs, la santé-le social-et la justice. Les systèmes d'indication ont notamment permis de réduire les *drop-out* des thérapies résid. et de mieux prendre en charge les rechutes (cf SuchtMagazin, oct 2016).

Rôle de l'Etat (10)

La diversité des offres thérapeutiques est un des principes importants du pilier thérapie de la politique nationale et cantonale en matière d'addiction. **Il n'y a pas de traitement qui fonctionne seul pour tous les cas.** Comme la littérature scientifique ne montre pas de supériorité d'un traitement par rapport à un autre, les traitements médicaux et les thérapies résidentielles ne devraient pas s'opposer. Ils devraient plutôt être sciemment choisis en fonction des besoins, des ressources et des objectifs de la personne souffrant d'addiction. Dès les années 90, la coordination des partenaires et un meilleur continuum pour les clients est un enjeux d'efficacité du système d'aide.

Structures de collaboration Etat-institutions: exemple des prises en charges à Fribourg

La Commission cantonale des addictions:

1. elle assure la mise en œuvre d'une politique intégrée et coordonnée de prise en charge des addictions décidée par le Conseil d'Etat ;
2. elle veille à la qualité et à l'adéquation des prestations bio-psycho-sociales en regard des besoins de l'utilisateur ;
3. elle développe une vision commune de la prise en charge entre les partenaires du dispositif;
4. elle développe une culture de collaboration entre les acteurs concernés par la problématique des addictions ;
5. elle fait des propositions d'amélioration concernant la prise en charge à l'attention des autorités compétentes ;
6. elle préavise les nouveaux projets concernant la prise en charge dans le domaine des addictions;
7. elle organise régulièrement des rencontres avec des représentant-e-s d'autres autorités, organisations ou milieux concernés (police, juges, tuteurs et tutrices, institutions, services, ...) qui ne sont pas membres de la Commission.

Structures de collaboration Etat-institutions: exemple des prises en charges à Fribourg

Dans la Commission cantonale des addictions, il y a des représentants de l'administration (santé, justice/police) et des institutions:

- >RIFA: Réseau des institutions fribourgeoises
- >RFSM: Réseau fribourgeois de santé mentale
- >HFR: Hôpital fribourgeois
- >REPER

Structures de collaboration Etat-institutions: exemple des prises en charges à Fribourg

La coordination Etat-institution dans le domaine des prises en charges des addictions porte actuellement principalement sur:

- 1) Les prestations
- 2) Le dispositif d'indication et de suivi des situations
- 3) Les synergies interinstitutionnelles
- 4) Les structures de coordination et de pilotage

Perspectives (1)

> Dans une société addictive telle que la nôtre, beaucoup de domaines sont touchés, la co-morbidité est élevée et de nouveaux vecteurs, comme internet, attirent de nouveaux profils.

> On parle d'addiction *avec ou sans substances*. Parmi les addictions comportementales, on commence à bien connaître l'addiction aux jeux d'argent, mais certaines d'entre elles ne sont pas (ou pas encore) reconnues dans les manuels de diagnostic permettant d'avoir un financement des caisses maladies, comme par exemple les addictions affectives, sexuelles et sectaires, voire certains troubles alimentaires.

Perspectives (2)

>L'intervention publique n'est plus concentrée sur les personnes marginalisées qui consomment des drogues illégales dans l'espace public. Aujourd'hui, prédominent les problèmes d'alcool, de tabac, de jeu excessif, d'utilisation excessive d'internet, de dépendance aux médicaments, de polyconsommation. Les personnes souffrant depuis longtemps d'addiction et ayant pris de l'âge ainsi que les jeunes sont des groupes-cibles qui retiennent l'attention.

>Il existe une tension entre une définition plus large des maladies liés aux addictions (+une baisse des seuils pathologiques) et le financement limité des soins. 10-15% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool et environ 6% souffrant des problèmes de jeu sont traités.

Perspectives (3)

>La médicalisation du domaine des addictions a eu deux conséquences:

- 1) Pression sur la durée des prises en charge par les caisses maladies
- 2) La perception des clients qui ne se perçoivent plus comme ayant un problème qui peut être traité par le social mais par le domaine médical.

Cela oblige les thérapies résidentielles à modifier certains éléments: voir slides 36-41 ci-dessous

Perspectives (4)

>Le pilotage des institutions par l'Etat a gagné en importance et en coordination depuis les années 90. Conséquence pour les institutions : une proximité plus grande avec l'Etat, mais aussi un cadre un peu plus fort. Dans de nombreux cantons des fusions d'institutions ont eu lieu.

Perspectives (5): focus sur les thérapies résidentielles

>Les thérapies résidentielles sont sous pression budgétaire au profit de suivis ambulatoires et modulaires. *Leur taux d'occupation reste très élevé, mais on constate une tendance à ouvrir ces thérapies à d'autres public (socio-thérapeutique au sens large et pas seulement addictions, ce qui peut constituer un risque à moyen-long terme).*

>Cela poussent les thérapies résidentielles à modifier certains éléments voir slides 36-41 ci-dessous.

Perspectives (6): focus sur les thérapies résidentielles

>Pression sur les durées:

“Over the past two decades, expected stay length has shortened, initially to around 24 months, and now to 6 to 12 months. Financial constraints are now putting pressure on Therapeutical Communities to shorten planned treatment durations even further, although studies consistently show that 90 days is the minimum duration of treatment needed to realize long-term benefits.”

De Leon & Wexler, 2009; De Leon, 2010; Vanderplasschen et al., 2013.

Perspectives (7): focus sur les thérapies résidentielles

>Pression vers un modèle intégré:

“These changes, coupled with declines in state spending, are providing incentive for addiction treatment to integrate more with general medical care, provide more evidence-based treatments, and improve tracking of patient outcomes**”*

Par exemple en intégrant mieux les homes médicalisés pour personnes âgées avec communauté thérapeutique et soins médicaux intégrés.

**Buck, 2011*

*** Smith, 2012*

Perspectives (8): focus sur les thérapies résidentielles

>L'individualisation des prises en charge est un défi pour les thérapies résidentielles : le sur-mesure n'est pas facilement compatible avec un modèle communautaire.

1. Une des manières d'y correspondre au mieux est de bien choisir les groupes-cibles
2. Adapter la manière de traiter les clients au sein de la thérapie en fonction des groupes-cible.

Perspectives (9): focus sur les thérapies résidentielles

Ex: concernant les jeunes (avec addiction), il faut travailler beaucoup sur l'apprentissage de compétences et sur la formation professionnelle. Les études montrent que l'implication des jeunes dans les thérapies résidentielles est primordiale pour éviter les *drop-out* rapides et par conséquent les programmes thérapeutiques doivent être conçus de manière à correspondre aux jeunes.

Whitney, 2014

Perspectives (10): focus sur les thérapies résidentielles

Ex: concernant les situations de justice (avec addiction): les études montrent que les thérapies résidentielles permettent de réduire les récidives, de baisser les consommations de drogues/alcool et d'améliorer la sécurité publique.

Wexler & Prendergast, 2010.

Perspectives (11): focus sur les thérapies résidentielles

Ex: concernant les situations de comorbidité psychiatrique avec violence (et avec addiction): les thérapies résidentielles permettent d'améliorer les unités sécurisées psychiatriques : des études montrent une baisse de l'isolement des personnes violentes et agressives après un passage dans une thérapie résidentielles.

Il faut toutefois bien évaluer les risques avant l'entrée.

Mistral, 2002.

Perspectives (12): focus sur les thérapies résidentielles

En résumé: les thérapies résidentielles «modifiées*» sont:

1. plus flexibles,
2. plus individualisées,
3. moins longues,
4. moins intenses

...mais toujours fidèles aux principes constitutifs propres à cette approche**

*Sacks, 2008, 2010

**Dietrich Nicolas (2003): [La méthadone dans le modèle de la thérapie résidentielle: situation suisse](#), Berne, COSTE.

Discussion (1)

>Les thérapies résidentielles des addictions sont remises en question de manière permanente. Dans les années à venir comment vont-elles évoluer sans perdre leur «noyau dur» d'activité et leur valeur?

>Dans les addictions, contrairement à beaucoup de maladies, le problème est (quasi-) toujours multiple, donc la solution est souvent interdisciplinaire. Comment améliorer encore les coopérations dans les années à venir (social-médical, haut seuil-bas seuil, etc)?

Discussion (2)

> Dans les années à venir, il y aura globalement plus de personnes à traiter (baisse des seuils pathologiques et nouvelles guidelines en cours, société addictive, etc) mais des ressources limitées pour le faire.

Comment les professionnels des addictions peuvent être le plus pertinents possible pour leurs clients dans ce champ de tension?

Conclusion

MERCI
de votre attention!