

11.07.2015

*Le GREA remercie la Confédération pour l'opportunité qui lui est donnée de donner son avis sur la nouvelle stratégie addictions. Il salue et soutient cette démarche vers une politique plus cohérente des addictions.*

*Toutes questions ou compléments peuvent être demandés au Secrétariat du GREA (info@grea.ch / 024 426 34 34)*

### Commentaires généraux

#### Modèle du Cube

La stratégie installe le modèle du Cube comme concept de base de la politique fédérale en matière d'addictions. Il s'agit d'une avancée significative saluée par les professionnels. Le Cube est un modèle qui permet de regarder la consommation de substances dans toute sa complexité, sans tomber dans des oppositions binaires et moralistes.

#### Les objectifs

Les objectifs posés dans la stratégie n'envisagent en priorité le côté sanitaire, ce qui induit une compréhension partielle de la question. Les objectifs posés par ProMeDro III semblent plus inclusifs et pourraient être repris avec avantage dans le cadre de la présente stratégie. Ils correspondent à l'esprit dans lequel travaillent tous les acteurs sur le terrain, dans les différents domaines (alcool, jeux, drogues, etc.).

Pour rappel, ceux-ci sont :

- la réduction de la consommation (de drogues),
- la diminution des conséquences négatives pour les usagers,
- la diminution des conséquences négatives pour la société.

#### Problème de forme

Le GREA regrette que la forme du document ne soit pas plus aboutie pour un public romand. La qualité de la traduction est discutable et les redondances et maladroites sont nombreuses. Ce document aurait mérité plus de soin pour une consultation nationale. Par ailleurs, la terminologie employée est en décalage avec le vocabulaire utilisé actuellement dans notre domaine et contredit les documents de l'OFSP lui-même.

Le GREA invite la Confédération à redoubler d'effort pour la partie francophone du pays qui a un besoin évident de soutien de la Confédération. Rappelons que l'essentiel du travail politique et administratif en Suisse se fait en allemand et en suisse-allemand. Il serait dès lors souhaitable que lors de démarche de consultation, où l'on sollicite l'avis des autres régions linguistiques, cela puisse se faire dans de bonnes conditions. Il nous

semble dès lors légitime de demander ici une réécriture attentive en français du texte proposé.

## Questions

### 1) **Votre avis**

1.1 L'orientation et les axes principaux de la Stratégie nationale Addictions vous semblent-ils pertinents ?

*Note préliminaire : Les axes principaux ne sont pas mentionnés comme tels dans la stratégie. Nous partons du principe qu'il s'agit des quatre piliers définis en page 10. Les « champs d'action » (formulés en page 23) sont mieux rédigés dans leur partie introductive, mais souffrent des mêmes problèmes dans les objectifs stratégiques. Les commentaires ci-dessous sont donc également valables, mutatis mutandis, aussi partiellement valables pour la description des champs d'action (ch. 4.3). Pour ce dernier chapitre, il y a également une certaine confusion entre objectifs stratégiques et la mention d'exemple et d'actions concrètes.*

L'orientation de la stratégie est la bonne. Les axes principaux sont bons.

Cependant, il y a **de gros problèmes dans leur définition**, dans lesquels nous ne **reconnaissons pas complètement l'excellent travail que l'OFSP a fait depuis 1991** en la matière. Certaines définitions des piliers semblent revenir à une vision plus passéiste de la question, sans intégrer les avancées de ProMeDro I, II et III. Ces définitions devraient impérativement être revues avant publication finale.

Principales remarques sur les piliers (page 10):

#### 1. Prévention

La prévention ne se réduit pas à l'éducation à la santé et à la « détection précoce ». Ce terme, utilisé dans tout le document, est d'ailleurs refusé par le réseau romand, tout comme par l'OFSP dans d'autres documents, qui lui préfère « **repérage** » (terminologie à adapter). Le but de la prévention n'est pas de « stopper » le développement de l'addiction (est-ce possible ?), mais **d'améliorer les conditions cadres qui entourent les conduites addictives, afin de renforcer l'autonomie de l'individu**. En ce sens, il ne s'agit pas de contraindre, mais d'instaurer des conditions cadres favorables à une meilleure prise en compte des problèmes liés à la consommation.

Selon le GREA, la vision doit être beaucoup plus large que celle présentée ici. Il s'agit de **renforcer les ressources et les facteurs de protection, individuels et collectifs**. Nous parlons donc ici d'une démarche de promotion, qui doit augmenter la capacité d'agir des individus, pour renforcer leur autonomie.

#### 2. Thérapie et conseil

La question de base du traitement se pose de façon plus subtile. Le but n'est pas l'abstinence ou la survie, en vue d'une abstinence et d'une future réinsertion sociale. **L'abstinence n'est pas un objectif mais un moyen qui sert l'objectif d'une meilleure qualité de vie**, objectif prioritaire de la thérapie des addictions. Par ailleurs, le document

ne mentionne pas la question de l'aide contrainte, qui fait pourtant partie intégrante du dispositif (alcool et drogues). Par ailleurs, la primauté de l'abstinence et du sevrage en matière de traitement n'est pas souhaitable, alors que l'expérience démontre qu'il s'agit d'un objectif spécialement ardu, difficile à atteindre pour beaucoup qui n'est par ailleurs pas forcément souhaitable pour tous. Le réseau professionnel travaille aujourd'hui beaucoup avec la gestion de la consommation (voire la consommation contrôlée), ce qui fait plus de sens si on veut s'intéresser aux populations qui ont le plus de difficulté.

Le texte proposé ne tient pas compte du paradoxe de notre société. D'un côté, elle exclut une partie de ses membres et de l'autre, elle rend difficile l'insertion des personnes souffrant d'addictions. Les conditions sociales ont beaucoup changé ces 30 dernières années et les personnes qui ont un problème de consommation ne peuvent plus toutes rejoindre le marché du travail «classique», ni avoir un logement (même protégé). Cela demande une **réorientation des finalités et des moyens en matière de thérapie sur les fondamentaux sociaux, en intégrant la notion de « travail social palliatif »** (cf. Marc-Henry Soulet). Cette réorientation est en cours sur le terrain depuis une bonne quinzaine d'années et doit impérativement être reflétée dans la stratégie.

Le document devrait donc faire plus de place aux nouvelles formes de thérapies, proposant **des objectifs plus réalistes en fonction des différents publics cibles**. En matière de thérapie de l'addiction, il existe de grandes différences entre les groupes de personnes concernées et le type de problématique (sevrage du tabac, consommation contrôlée d'alcool, dépendance sexuelle, etc.). La majorité des personnes gèrent ces difficultés seules et une proportion importante de la population concernée fait appel, avec succès, aux offres de traitement ambulatoire. Seule une petite minorité des personnes ayant des problèmes de consommation a besoin d'un réseau de prise en charge plus lourd et d'ailleurs sur ce groupe que se porte l'essentiel des ressources des pouvoirs publics. C'est ici que les coûts sanitaires, sociaux et sécuritaires sont les plus importants, et cela devrait donc constituer un point important de la stratégie. Cette dernière englobe tous les comportements, donc en grande majorité les comportements non problématiques, ce qui est une très bonne chose, mais il faut aussi mener une réflexion spécifique sur le petit groupe d'utilisateurs qui génèrent le plus de coûts pour la société. Cette réflexion ne peut se mener sans mettre au centre les problématiques sociales qui les touchent.

Il est louable de mentionner les groupes d'entraide dans une stratégie nationale, voire des bénévoles (qui sont-ils ?), mais il faut mieux les distinguer, par rapport à l'intervention de l'Etat, car ils n'en font pas partie. Il serait plus judicieux de les mentionner ailleurs, dans une partie sur la collaboration et la coordination, pour montrer qu'il est nécessaire de les intégrer dans les plans d'actions parmi d'autres outils thérapeutiques.

### 3. Réduction des risques

La finalité de la réduction des risques est l'amélioration de la **dignité de la personne**, l'amélioration de sa **qualité de vie** et le respect **des droits humains**. Il ne s'agit en aucun cas d'une préparation à la thérapie. Les mentions de phrases comme « *ne doit pas conduire nécessairement à l'abstinence* » ou « *préparer le terrain d'une future thérapie ou d'un futur sevrage* » témoignent de l'ambiguïté de du paragraphe à cet égard. Si des passerelles vers le traitement doivent être offertes depuis les services à bas seuil d'accessibilité, elles ne peuvent pas constituer le centre de leur activité, au risque de la pervertir totalement. Nous ne saurions juger si, pour des motifs pédagogiques, ces

éléments doivent rester dans la stratégie. L'essentiel étant que le reste soit bien compréhensibles.

La réduction des risques procède du principe de **l'accueil inconditionnel, du respect de la personne dans ses choix** et ses difficultés et du **non jugement**. En ce sens, toute référence à une finalité d'abstinence, de sevrage ou de traitement ne peut que nuire à cette posture fondamentale. Il est à préciser ici que l'attachement à cette posture d'ouverture nous vient du terrain, par la constatation que c'est la seule qui permet aux personnes spécialement fragilisées par la vie de se rapprocher d'une offre d'aide.

Les prestations sociales en matière de réduction des risques devraient aussi être mentionnées, au côté des prestations sanitaires. C'est ici que se fait une grande partie du travail de réduction des risques en Suisse romande (accueil, hygiène, buanderie, occupationnel, travail social, logement, etc.). Les concepts de **citoyenneté et de droits humains** doivent impérativement être réintroduits dans ce paragraphe.

#### 4. Régulation et exécution de la loi

Le paragraphe sur la sécurité est **le plus problématique** et il serait judicieux de le revoir tant il véhicule des inexactitudes. Certaines affirmations sont clairement fausses et ne correspondent pas à la pratique actuelle, ni à l'orientation politique pour ces prochaines années, ni même au droit en vigueur. Sur ce dernier point, l'affirmation du fait que la consommation est punissable en Suisse **ne prend pas en compte le principe d'opportunité** (art. 19b LStup). Celui-ci est pourtant **au cœur du modèle des 4 piliers**, comme le montrent les textes du Conseil fédéral ou du Parlement (CSSS) à cet égard. La répression doit s'appliquer avec nuance et la consommation en tant que telle ne doit pas être sa principale cible, au risque d'augmenter les problèmes globaux. Cette approche de type *tout répressif* est également en contradiction avec le concept d'intervention précoce, mis en avant dans d'autres parties du document et avec le travail de terrain conforme aux quatre piliers.

Le principal problème réside dans la **définition de la répression comme mesure de réduction de la demande**. Cette « guerre à la drogue », promue par les Etats-Unis dans les années 70 puis reprise par l'ONU en 1988, arrive aujourd'hui à une impasse. Tous les acteurs spécialisés s'accordent à dire que dans un cadre de prohibition, la répression est incapable de réduire la demande, raison pour laquelle l'ONU convoque une assemblée spéciale sur les drogues en 2016. **La Suisse était pourtant sortie de cette perspective depuis 1991**, avec le premier paquet de mesures sur les drogues et a été encensée depuis pour avoir trouvé une nouvelle voie en la matière, qui s'occupe de réduction de la demande avec les outils socio-sanitaires adéquats. Dans un cadre de prohibition, **la répression peut influencer sur les « conditions de la consommation »** (par exemple, limiter sa visibilité dans l'espace public), **mais pas sur le volume de la consommation elle-même** (qui pourra toujours avoir lieu). Il y a ici une opportunité de mieux distinguer les enjeux entre système légale et illégal. Le premier permet en effet d'orienter d'avantage la demande, par exemple avec des mesures de protection de la jeunesse (accès, prix), qui peuvent in fine avoir un impact sur la consommation de certains groupes (notamment les jeunes). La seconde, donc la prohibition, ne permet pas d'atteindre les consommateurs et d'agir sur les conditions cadres du marché. Elle ne peut donc en aucun cas avoir comme objectif la réduction de la consommation et nous demandons de retirer cette erreur.

La répression est aussi présentée comme un le pilier qui garantit le respect de la loi, ce

qui est tout à fait exact. Rappelons cependant que tous les piliers visent à mettre en œuvre le droit existant. Les règles en matière de sécurité n'ont pas une valeur supérieure aux autres. Tous aussi participent à l'objectif de « paix sociale » ou de « sécurité publique ». En ce sens, la réduction des risques y participe pleinement, selon tous les responsables de police en Suisse. Les programmes de traitement également, comme les études sur HeGeBe l'ont montré.

De manière plus générale, aucune vision claire ne se dégage de cette thématique. A la lecture du paragraphe, on a l'impression que la sécurité se réduit à l'application de mesures structurelles pour les produits légaux, avec une répression sans nuances sur les consommateurs pour les produits illégaux. Or, selon le GREA, un nouveau consensus se fait jour pour tous les produits en matière de sécurité. Il s'agit de protéger la société contre les conséquences objectivement négatives de la consommation de produits (accidents de la route, crimes d'acquisition de substances, tabagisme passif, vols de joueurs excessifs, maladies transmissibles, etc.). L'objectif des années 80 en matière de drogue (éliminer la consommation) n'est plus actuel. Il y a la matière à conceptualiser une nouvelle approche, basée sur l'encadrement des externalités des consommations, plus conforme à la sensibilité actuelle des villes et des cantons.

La stratégie devrait donc mieux unifier les principes (gérer les externalités négatives), pour en différencier les modes d'action, selon le statut légal, et préciser les opportunités de la légalité (mesures structurelles), tout comme les limites de la prohibition (pas d'actions sur la demande, aggravement des problèmes sociaux).

## 1.2 Etes-vous d'accord avec la problématique et les défis à relever ?

Les défis sont justes mais partiels. Voici les lacunes à compléter :

### 1. Acceptation sociale d'une politique transversale des produits

Le document ne pose pas la question de l'acceptation sociale d'une vision englobante de l'addiction. Or, dans tous les débats à ce sujet, les différences de sensibilités s'expriment fortement, notamment entre l'alcool et les drogues illégales (les autres produits/comportements se trouvant quelque part entre les deux). C'est un défi majeur pour le Conseil fédéral et la Confédération si elle entend porter cette vision transversale. Cela présuppose un engagement public, pour faire barrage à des clivages hérités depuis des milliers d'années, renforcés par des intérêts économiques et des pratiques culturelles.

La stratégie devrait donc poser comme principal défi l'acceptation sociale d'une politique des addictions, pour **passer d'un concept d'experts et de spécialistes**, qui constatent que c'est le seul chemin qui fait du sens, **à un consensus social**, qui reconnaît que nous avons affaire aux mêmes problèmes. Sans l'affirmation d'un défi de ce type, le document risque de ne pas reconnaître le travail important qui sera demandé à nos Conseillers fédéraux pour défendre cette politique, envers le Parlement et la population. Sans cet investissement au niveau gouvernemental, il est probable que toute tentative de « stratégie addiction » restera inachevée.

### 2. Financement des prestations

Le défi actuel le plus important est sans aucun doute la question des financements.

Partout en Suisse, **les ressources allouées aux problèmes de dépendances diminuent**, sauf pour les prestations médicales. Pour ces dernières cependant, de grosses menaces planent sur le futur du remboursement des soins, via la LAMal, comme le montrent les récentes attaques contre le remboursement de la substitution, ou contre l'universalité des soins en cas d'intoxications alcooliques (i.e. Initiative Bortoluzzi). Au-delà des remises en cause des prestations elles-mêmes, nous constatons que les rapports entre cantons et Confédération ont beaucoup évolué ces dernières années, avec un poids important de ceux-ci. Une stratégie nationale doit prendre en compte ces aspects, pour garantir une application homogène sur le territoire des politiques en matière d'addiction.

Une stratégie nationale devrait impérativement poser la question des ressources, pour **dessiner des pistes de collaboration entre Confédération, assurances sociales, cantons et communes**. Elle devrait proposer des mécanismes de collaboration entre tous les acteurs publics concernés, qui permettront de garantir une pérennité des offres disponibles, un investissement dans de nouveaux besoins (ex. Internet) et une couverture équitable des prestations sur tout le territoire.

### 3. Amélioration de la qualité de vie

C'est le principal défi à relever sur le terrain avec les personnes. A notre avis, il n'est pas assez central dans la stratégie. Nous demandons de mieux faire la place à ce concept et de le positionner tout en haut des défis à relever pour le futur. Les conditions socio-sanitaires, et donc la qualité de vie, se péjorent tous les jours en Suisse pour les personnes en difficultés, avec les réductions massives de prestations et les obstacles du marché du travail et du logement. Cette qualité de vie doit donc se trouver au centre de notre réflexion stratégique. Cette réflexion est valable autant pour les personnes consommatrices que pour la communauté.

### 4. Objectifs adaptés à la personne

Le travail dans les dépendances nous a appris que les solutions devaient être adaptées à la personne. Cependant, il existe actuellement de grosses pressions pour la standardisation des prestations, pour des raisons financières, administratives ou médicales. La diversité des offres recule aujourd'hui (cf. Rapport Da Cunha) et les personnes ne trouvent plus les prestations qu'ils demandent. Le maintien de la souplesse du dispositif, pour offrir des objectifs adaptés à la personne, devrait être mieux prise en compte dans le document.

### 5. De plusieurs stratégies n'en faire qu'une

Le document juxtapose les stratégies alcool et drogues, sans avoir donné naissance à un nouveau modèle. Cela est compréhensible au vu du chemin immense à parcourir. Il faudrait placer comme un défi pour le futur le fait d'avoir un cadre stratégique cohérent pour toutes les substances.

## **1.3 Globalement, quels apports la stratégie fournit-elle à votre organisation ?**

Avec des ajustements pour régler les problèmes soulevés, la stratégie permettrait de **mieux valoriser le modèle du Cube**, et donc légitimer l'action des professionnels. Ce

virage est attendu depuis longtemps et nous nous réjouissons que la Confédération le prenne.

Dans sa version actuelle cependant, la stratégie représente un recul certain, notamment avec son absence de dimension sociale et collective et sa vision de la répression et de la prévention. Sans modifications en profondeur, la stratégie n'offrira malheureusement aucun apport aux professionnels de terrain, mais risque de mettre de nouveaux obstacles dans leur travail et de perdre les avancées que nous avons connues.

#### **1.4 Selon vous, la stratégie présente-t-elle des lacunes ? Si oui, lesquelles ?**

Des lacunes importantes ont été relevées dans le document :

##### Absence de réflexion sur le cadre légal

La stratégie continue de reproduire la distinction entre marché légal et illégal et détaille des prestations en fonction de ce cadre légal. C'est regrettable et contredit l'objectif d'une stratégie des addictions. Il faut avoir le courage de regarder au-delà, et proposer un cadre qui convienne pour tous les systèmes de régulation. Il est très probable qu'en 2024, le marché du cannabis soit entièrement légalisé en Suisse. La stratégie doit aussi permettre de préparer cette évolution. Or, elle manque ce virage prospectif et réformateur, nécessaire à une vision stratégique sur le long terme.

##### Dimension sociale et des droits humains

La stratégie se centre uniquement sur les aspects de santé, en affleurant aussi la sécurité. Elle ne fait aucune place à la dimension sociale alors que cette dimension, une fois encore, est incontournable dans la mise en œuvre de la stratégie. La problématique des addictions ne peut se résoudre à une questions médico-sécuritaire, mais doit aller bien au delà, pour intégrer toutes les questions sociales, de l'éducation au logement et des dynamiques communautaire au rôle des usagers. Selon le GREA, les droits humains fondent la politique en matière de dépendance.

Les aspects liés aux droits humains et à la citoyenneté (au sens des lumières) bénéficient en Suisse occidentale d'un consensus social (influence de la France) qui préside aux actions en matière de dépendances. Ces termes devraient trouver une meilleure place dans une stratégie nationale, ou la Suisse latine doit aussi trouver sa place.

##### Responsabilité collective

La stratégie procède d'une vision très individualisante des problématiques de dépendances, ce qui peut se justifier au regard de la nature du débat en Suisse alémanique. En Suisse romande cependant, la gestion des dépendances relève à la fois d'une dimension individuelle, mais aussi collective. Cette dimension collective est au cœur des actions des professionnels, des cantons et des villes en la matière.

Face à des attaques de plus en plus virulentes contre la solidarité et l'accès universel à des prestations, la reconnaissance de la nature collective des problèmes d'addiction constitue indubitablement un défi majeur pour la poursuite du travail en la matière. Une lecture purement individualiste conduirait en effet, à terme, à la suppression de toutes les actions en la matière, à l'expression de la répression.

### Citoyenneté et place des usagers

Les consommateurs de produits sont vus comme des malades, des victimes ou des problèmes, mais jamais comme des acteurs de leur propre destinée, comme des citoyens capables de se mobiliser vers un mieux-être individuel et collectif. Cette dimension citoyenne des usagers de substances devrait être mieux valorisée, afin de sortir de la vision paternaliste et condescendante qui imprègne le document.

Rappelons que la consommation de substances est un choix, qui est fait dans des conditions qui sont propres à la personne, mais aussi à son contexte. En ce sens, il faut savoir respecter la personne dans ses choix, même si ils nous paraissent de l'extérieur peu pertinents, afin de mieux restaurer cette capacité d'action que la personne a sur elle-même.

### Stigmatisation des consommateurs

Le document ne parle pas de la stigmatisation des consommateurs. C'est pourtant un des principaux obstacles à l'insertion sociale et source de problèmes de cohabitation. Le défi de la destigmatisation des usagers de substances, y compris les personnes dépendantes, doit être remis au centre du travail de la Confédération, en prenant l'exemple de l'investissement admirable de la Confédération dans les années 90.

### Modèle bio psycho-social

La consommation de produit est perçue comme un acte individuel, avec des liens mineurs avec le collectif. Cependant, le modèle bio-psycho-social est mentionné, mais dans une compréhension partielle à notre avis, qui donne plus d'importance à l'une des trois polarités, le produit. Le document définit d'ailleurs le modèle bio-psycho-social à partir des neurosciences (centrée sur les interactions bio-chimiques du cerveau en relation avec le produit). Malgré les avancées remarquables de ce domaine au cours de ces 10 dernières années, cela ne justifie pas un retour à une vision ontologique de « la drogue », comme source des problèmes de drogues. L'histoire individuelle, la diversité des personnes et les choix effectués (l'individu, le « psycho »), tout comme le contexte, qu'il soit culturel, économique ou social (représentations sociales, conditions de vie, soit le « social »), doivent impérativement être réintroduits dans le concept de bio-psycho-social, dans un équilibre paritaire entre ces trois polarités.

### Modèle de l'Intervention précoce

Il manque une vision moderne de l'intervention précoce, conçue dans le document comme un dispositif pour amener les gens en traitement. Or, c'est justement l'inverse qui se développe sur le terrain (en Suisse romande notamment), avec un renforcement des cadres protecteurs, au détriment du tout thérapeutique.

Il s'agit en fait de la valorisation du principe de subsidiarité, au cœur du modèle de l'IP développé par le GREA et repris par l'OFSP sur son site. Au vu de la nature consensuel de ce modèle (cf. charte d'Oltén), nous demandons que cette vision moderne de l'IP soit réintroduite dans le document, au détriment d'une vision héritée de l'infectiologie (détecter et traiter les problèmes), qui ne fait pas sens dans notre domaine.

## 2) **La stratégie en tant que cadre d'orientation**

La stratégie doit permettre à la Confédération, aux cantons et aux autres acteurs concernés de développer des solutions / mesures communes en gardant une vue d'ensemble et de les mettre en œuvre de manière coordonnée. La stratégie présente-t-elle suffisamment de points de convergence avec votre travail ? Si oui, quels sont les contenus les plus utiles ? Si non, quels sont les points manquants ?

Le modèle du Cube offre un bon cadre d'orientation au niveau de la conception et des logiques d'actions. Cependant, deux dimensions manquent particulièrement et pourraient poser problème pour la mise en œuvre :

### 1. Fédéralisme

La stratégie manque d'une vision stratégique sur la mise en œuvre et l'articulation avec les cantons. Au niveau structurel, c'est probablement la principale faiblesse. Rappelons que la politique addictions relève des cantons, qui ont les compétences en matière de politique sociale, sanitaire, éducative et sécuritaire. La Confédération n'a qu'un rôle subsidiaire, qui doit donc être légitimé par les besoins des cantons.

La stratégie n'explique pas comment elle compte faire le lien entre un cadre national sur les addictions et des politiques publiques dans les cantons « par produit ». En effet, il existe dans les cantons aujourd'hui des plans d'action alcool, tabac, drogues, ou jeux. Ces plans d'action diffèrent fortement selon les substances et ces différences, qui proviennent de la culture, vont perdurer. Une stratégie devrait être développée pour surmonter ses difficultés. En son absence, il est plus que probable que la stratégie reste sans influence sur la réalité des pratiques sur le terrain.

Des éléments stratégiques pour une meilleure intégration sur le terrain pourraient être :

- Engagement du Conseil fédéral pour une nouvelle politique addictions et dialogue national entre la Confédération et ses partenaires, comme les cantons (au niveau gouvernemental), les communes et les faïtières professionnelles ;
- Maintien des plans d'action par produit, pendant une période de transition à définir (10 ans) ;
- Intégration de la question de la légalité des substances à la réflexion. La stratégie de la Confédération doit pouvoir intégrer les différences fondamentales d'approches que ces orientations impliquent pour ce travail.

### 2. Interdisciplinarité

Comme le reconnaît la stratégie, le travail dans les addictions procède de nombreuses disciplines et domaines d'action. Ce travail demande un soutien des pouvoirs publics pour garantir les conditions cadres professionnelles qui garantissent la qualité (formation, réseaux innovation, etc.). Il existe une variété d'acteurs qui ont des besoins criants en la matière, notamment la justice, la police, l'animation socio-culturelle, le monde carcéral, mais aussi le monde de l'éducation, les soins, la médecine et le travail social.

Il serait souhaitable que la Confédération puisse prévoir une logique de soutien et d'appui aux différentes professions parties prenantes en matière d'addiction, et qui ne bénéficient

pas toutes de ressources académiques pour soutenir leur travail. En ce sens, la Confédération doit continuer à s'engager pour toutes les professions, notamment en soutenant la formation professionnelle, peu présente dans le document. Dans les champs d'actions, elle est présente sous le pilier thérapie (pourquoi seulement sur ce pilier ?), alors que c'est là où on trouve aujourd'hui le plus de compétences. Dans le champ d'action n°6, où la formation est mentionnée de manière plus explicite, les exemples donnés concernent le monde médical. Si ce dernier a besoin de soutien, il faut rappeler que les autres professions actives dans le domaine disposent aujourd'hui de conditions cadres plus défavorables encore. Il conviendrait donc de réintroduire, aux côtés des besoins médicaux, les grands besoins de formation pour les autres professions.

### 3) **Soutien général**

Soutenez-vous la Stratégie nationale Addictions ? Oui  / Non   
Si non, veuillez indiquer pourquoi.

Le GREA reconnaît la valeur de la démarche et soutient totalement l'OFSP dans sa volonté de développer une stratégie addiction. Sur le principe il soutient dans une future stratégie addiction.

Dans sa version française actuelle, le GREA ne peut malheureusement pas soutenir le texte, du fait de ses nombreuses approximations, tant de forme que de fond. La question a suffisamment d'importance pour que le soin approprié (et les ressources qui vont avec) lui soit apporté. Avec un travail renouvelé sur le document sur la base des expériences récentes, le GREA sera ravi de soutenir de toutes ses forces la dynamique lancée par la Confédération, et s'engagera sans compter pour soutenir cette nouvelle stratégie.

Nous demandons à la Confédération d'apporter des modifications dans quatre directions principales :

1. **Mieux articuler la stratégie avec les politiques publiques cantonales** en la matière. En ce sens, la stratégie doit préciser comment elle compte remédier à la disparition des plans d'action nationaux, qui soutient aujourd'hui les politiques cantonales (PNA, PNT, ProMeDro) et comment elle compte faire pour gérer le problème des ressources. Le GREA est d'avis que ces plans doivent être maintenus, dans une articulation constructive avec une stratégie addiction plus large et plus visionnaire, et qu'un dialogue avec tous les acteurs doit avoir lieu pour poser les enjeux actuels en matière de financement.

2. **Revoir les concepts clés du document**, comme la répression (régulation du marché), le modèle bio-psycho-social, l'intervention précoce, etc.

3. **Prendre en compte la dimension sociale** de la problématique, qui n'apparaît que de manière descriptive dans le document, sans lui donner la place centrale qu'elle mérite. Le référentiel des droits humains doit, à cet égard, présenter le point d'ancrage de la stratégie, dans une compréhension sociétale renouvelée de l'addiction.

4. **Améliorer la traduction**, en utilisant la terminologie appropriée en vigueur, en apportant le soin à la forme qu'un document de ce type mérite. Il s'agit d'une étape importante à franchir pour la Confédération et il est important de prendre en compte les résistances que cela peut induire. Un document de qualité moindre ne peut que nuire à l'acceptation dans la société de ce nouveau cadre de référence.

## Avis sur les différents chapitres de la stratégie

En bref	<p><u>1. Consommation et violence (Page 3) :</u></p> <p><i>La consommation de substances psycho actives (...) <b>entraîne la violence et la criminalité.</b></i></p> <p>Cette affirmation est fautive et devrait être supprimée. La violence et la criminalité peuvent être associées à une prise de produit, mais aucune relation directe n'a jamais pu être démontrée. Le poids du contexte est ici très important (ex : criminalité des consommateurs de drogues illégales, qui est la conséquence de la prohibition).</p> <p><u>2. Objectifs (Page 3)</u></p> <p>Il convient de les définir de manière plus large, afin d'intégrer les différents aspects des addictions, au-delà de la dimension sanitaire. Le GREA propose de revenir à l'esprit de ProMeDro :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Réduire les problèmes pour les usagers</b></li> <li>- <b>Réduire les problèmes pour la communauté</b></li> <li>- <b>Promouvoir l'autonomie et les comportements favorables à la santé</b></li> </ul> <p>Les objectifs actuels sont trop réducteurs, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>« Prévenir les addictions</b> (Quid des comportements à risque ?) »</li> <li>- <b>« Réduire les dommages sanitaires</b> (Quid des autres dommages, notamment sociaux, comme l'insertion, le logement, la stigmatisation, etc. ?) »</li> </ul>
Chapitre 1	
Chapitre 1.1	<p><u>1. Consommation = maladie (page 5)</u></p> <p>L'idée selon laquelle la consommation de drogues illégales est une maladie doit être abandonnée, car non fondée. Seule la dépendance doit être considérée comme telle. Par ailleurs, la consommation de drogues est aujourd'hui comme hier considérée comme un problème moral avant tout. Le reconnaître permet de combattre la stigmatisation qui est associée. :</p> <p><i>La perception de l'addiction a elle aussi changé au fil du temps, même si il a fallu attendre la seconde moitié du XXème siècle pour que l'image d'immoralité qui collait à la consommation de drogues soit remplacée par l'idée que la dépendance constitue une maladie complexe (...)</i></p> <p>Proposition :</p>

*La perception de l'addiction a elle aussi changé au fil du temps, même si il a fallu attendre la seconde moitié du XXème siècle pour que l'image d'immoralité qui collait à la consommation de drogues soit complétée, pour les consommateurs très problématiques, par la reconnaissance de la dépendance comme une maladie complexe (...). Cependant, les enjeux moraux entourant la consommation de psychotropes sont toujours très présents dans la société, ce qui rend nécessaire une action déterminée de lutte contre la stigmatisation des usagers, dans toute démarche de santé publique en matière d'addiction.*

## Chapitre 1.2

### Une addiction coûte cher

*Une addiction (...) **coûte cher à la société** (§1).*

Cette affirmation est inexacte et réductrice. Il y a de nombreux cas où l'addiction n'a qu'un coût très limité pour la société, que cela soit pendant la phase de consommation, ou pour le traitement (ex : AA, NA)

Proposition :

*Une addiction (...) **peut parfois coûter cher à la société.***

### Comportement à faible risque

*L'expression « comportement à faible risque » décrit les formes de consommation et les pratiques qui ne sont nocives ni pour la santé, ni pour l'entourage **et qui sont tolérées, voir culturellement encouragées.***

La définition du « comportement à faible risque » pose problème, car elle se repose sur le regard moral et culturel de la société, en faisant de l'acceptation sociale un critère de définition. Elle exclut donc de ce fait toutes les consommations de drogues illégales, ce qui n'est pas acceptable.

A contrario, accepter une consommation comme à faible risque, si elle est socialement encouragée, serait faire preuve d'irresponsabilité, notamment dans les domaines de l'alcool et du tabac.

Proposition :

*L'expression « comportement à faible risque » décrit les formes de consommation et les pratiques qui ne sont nocives ni pour la santé, ni pour l'entourage ~~et qui sont tolérées, voir culturellement encouragées.~~*

Dépendance = Bio-psycho-social ?

	<p>Le GREA a été fort surpris de voir le modèle bio-psycho-social défini à partir des neurosciences, qui, par définition, ne se concentre que sur la dimension biologique.</p> <p>La dimension individuelle (le psycho) ne peut se résumer aux neurones des personnes et comprend toute l'histoire de la personne. Les facteurs individuels, liés au parcours de vie (traumatisme), ainsi que les choix de la personne, n'apparaissent pas du tout.</p> <p>La dimension sociale (le contexte) doit lui être appréhendée en termes sociétaux et culturels, dans lequel s'insère la rencontre de la personnes (le psycho) avec le produit (le bio). Cette dimension est extérieure à l'individu, bien qu'elle le traverse, et ne peut donc pas être appréhendée par les neurosciences (si on exclut les travaux très controversés et ultra-minoritaires des neurosciences sociales).</p> <p>Il est nécessaire de <b>revenir à une compréhension transdisciplinaire du modèle bio-psycho-social, ou chaque champ a sa valeur égale</b>. Ici, seules les définitions médicales de dépendance sont nommées, sans considération pour les approches plus large.</p> <p><u>Dépendance ou addiction ?</u></p> <p>Il y a une <b>ambiguïté sur le concept central de la stratégie : l'addiction</b>. Seule la dépendance est définie (terme médical), mais pas l'addiction. Sont-ils compris comme synonymes ? Ce n'est pas clair.</p> <p>Le GREA tient à souligner les différences sémantiques entre les termes d'addiction (en français) et de Sucht (allemand), dont l'histoire diffère fortement, alors que la dépendance (Abhängigkeit) est un terme qui relève de la médecine. Ces distinctions devraient être mieux clarifiées.</p> <p>Pour l'addiction, le GREA propose sa définition :</p> <p><b>Perte d'autonomie par rapport à un produit ou un comportement, qui s'associe de deux dimensions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Souffrance ressentie par la personne</b></li> <li>- <b>Changement de son rapport au monde</b></li> </ul>
Chapitre 1.3	<p><i>L'addiction et la dépendance constituent des problèmes sociétaux qui, <b>dans l'intérêt des personnes touchées comme de l'ensemble de la population, appellent à la mobilisation de tous les acteurs.</b></i></p> <p>Il faut ici relativiser ce constat, qui procède d'une vision trop paternaliste de la société. La mobilisation (concept militaire) de la société contre les consommations n'a rarement un effet positif pour les personnes, ni pour la société (ex : prohibition des drogues). Seule</p>

	<p>une approche nuancée, respectueuse de la personne et des droits humains, peut effectivement venir en aide aux personnes.</p> <p>Proposition :</p> <p><i>L'addiction et la dépendance constituent des problèmes sociétaux qui, dans l'intérêt des personnes touchées comme de l'ensemble de la population, <b>demandent une approche nuancée basée sur le respect de la personne et sur les droits humains.</b></i></p> <p><u>Stratégie = plans d'action ? (§1)</u></p> <p><i>La stratégie nationale (...) <b>vient remplacer les plans d'actions.</b></i></p> <p>Comment une stratégie peut-elle remplacer des plans d'actions ? A notre sens, il ne s'agit pas du même type de document. Une stratégie appelle des plans d'actions, afin de la mettre en œuvre. Une stratégie sans document opérationnel (les plans d'actions) serait condamnée à n'avoir aucune traduction dans la réalité.</p> <p>Il semble y avoir confusion entre stratégie et plans d'action. Il est essentiel que ces derniers soient maintenus.</p> <p><u>Se prendre en main ? (§3)</u></p> <p><i><b>Il appartient à chacun de se prendre en main</b></i></p> <p>Ce genre de jugement de valeur ne devrait pas faire partie de la stratégie. Tous ne sont pas égaux et ne peuvent donc pas également subvenir à leurs besoins.</p> <p>Nous proposons de supprimer cette phrase.</p> <p>Elle pourrait être remplacée par une référence à notre constitution et au principe de subsidiarité qu'elle contient, en matière d'indépendance des personnes.</p> <p>Proposition :</p> <p><i><b>Au côté de la responsabilité collective, il y a aussi la responsabilité individuelle de chacun, de faire au mieux de ses possibilités pour gérer ses consommations.</b></i></p>
Chapitre 2	<p>Conformément au modèle du Cube, il serait souhaitable d'introduire dans ce chapitre, au même niveau que les drogues, tabac et alcool, un point sur les médicaments, dont les problèmes d'addiction sont connus et reconnus depuis longtemps.</p> <p>Il n'est pas judicieux de les placer sur le même plan que la problématique de l'usage excessif d'internet, qui est une forme</p>

	nouvelle de dépendance, par encore bien documentée ni reconnue par les catégorisations officielles médicales (DSM5)
Chapitre 2.1	<p>Alcool :</p> <p>Il réunit tous les acteurs, et ils sont nombreux, confrontés de près ou de loin <b>aux enjeux sanitaires</b> de l'alcool.</p> <p>Cette vision est réductrice du PNA, qui, en effet, inclus tous les acteurs, au delà de la santé publique.</p> <p>Proposition :</p> <p>Il réunit tous les acteurs, et ils sont nombreux, confrontés de près ou de loin <b>aux enjeux sanitaires, sécuritaires et sociaux</b> de l'alcool.</p> <p><u>Piliers de la politique drogues</u></p> <p>Il existe plusieurs problèmes dans la définition des piliers de la politique drogues (voir question 1.1). Ci-dessous, quelques propositions d'amélioration :</p> <p><i>Prévention</i></p> <p><b>La prévention vise à empêcher, ou à stopper le plus tôt possible, le développement d'addiction.</b></p> <p>La prévention ne vise plus à empêcher la consommation, mais à renforcer les compétences de tous les acteurs pour diminuer les risques de développer une addiction.</p> <p>Proposition :</p> <p><b>La prévention vise à renforcer les compétences individuelles et collectives pour gérer au mieux les problématiques addictives et limiter les comportement à risques.</b></p> <p><i>Traitement</i></p> <p><b>Elles doivent permettre à ces personnes de sortir durablement de l'addiction, ou, si cela n'est pas possible, de les aider à maîtriser leur comportement addictif et à garder ainsi ouverte la perspective de l'abstinence.</b></p> <p>Si la porte de l'abstinence doit toujours rester ouverte, elle ne constitue plus aujourd'hui une finalité dans le traitement des addictions. Elle est un moyen (parmi d'autres) pour arriver à objectif d'amélioration de la qualité de vie.</p> <p>Proposition</p>

Elles doivent permettre à ces personnes d'améliorer leur qualité de vie, en les aidant à maîtriser leur comportement addictif et à regagner une autonomie par rapport à celle-ci.

#### *Réduction des risques*

**Les mesures de réduction des risques visent à stabiliser l'état de santé des personnes dépendantes (...)**

La réduction des risques va au-delà de la dimension sanitaire, de l'aide à la survie et de l'insertion sociale. Il s'agit d'une logique d'empowerment, qui vise à redonner une certaine autonomie à la personne en augmentant ses compétences à tous les niveaux, tout en réduisant les risques de ses comportements.

Elle ne se limite nullement aux seules personnes dépendantes, mais à l'entier des personnes qui consomment des produits psychotropes ou qui s'adonnent à une activité addictive (jeux d'argent).

Proposition :

**Les mesures de réduction des risques visent à améliorer la situation globale des personnes consommatrices de substances psychotropes, sur les plans sanitaire, sociaux, juridiques et psychologiques, et à renforcer leur autonomie (...)**

#### *Répression*

Le paragraphe entier est ici à reprendre, essentiellement pour deux raisons : d'une part, il renonce à une définition globale applicable à tous les produits (ce qui est l'objet de la stratégie), d'autre part, il donne un pouvoir trop important à ce pilier, que les acteurs de la répression ne reconnaissent pas (répression permet la réduction de la demande ??).

Proposition

**La régulation du marché des substances psychotropes permet d'influer sur les conditions cadres d'accès aux produits. Elle permet notamment des mesures ciblées sur des groupes cibles (protection de la jeunesse), sur des situations plus problématiques (alcool au volant) ou sur des lieux particuliers (espace public).**

**Pour les substances dont la consommation est interdite (prohibition), la régulation du marché se concentre sur le seul objectif de faire respecter la loi et de punir ses contrevenants, sans pouvoir orienter les consommations. Les acteurs chargés de ce volet répressif ont cependant un rôle important en matière de réduction des risques, où ils peuvent orienter les personnes concernées vers les services adaptés. Ils se doivent également**

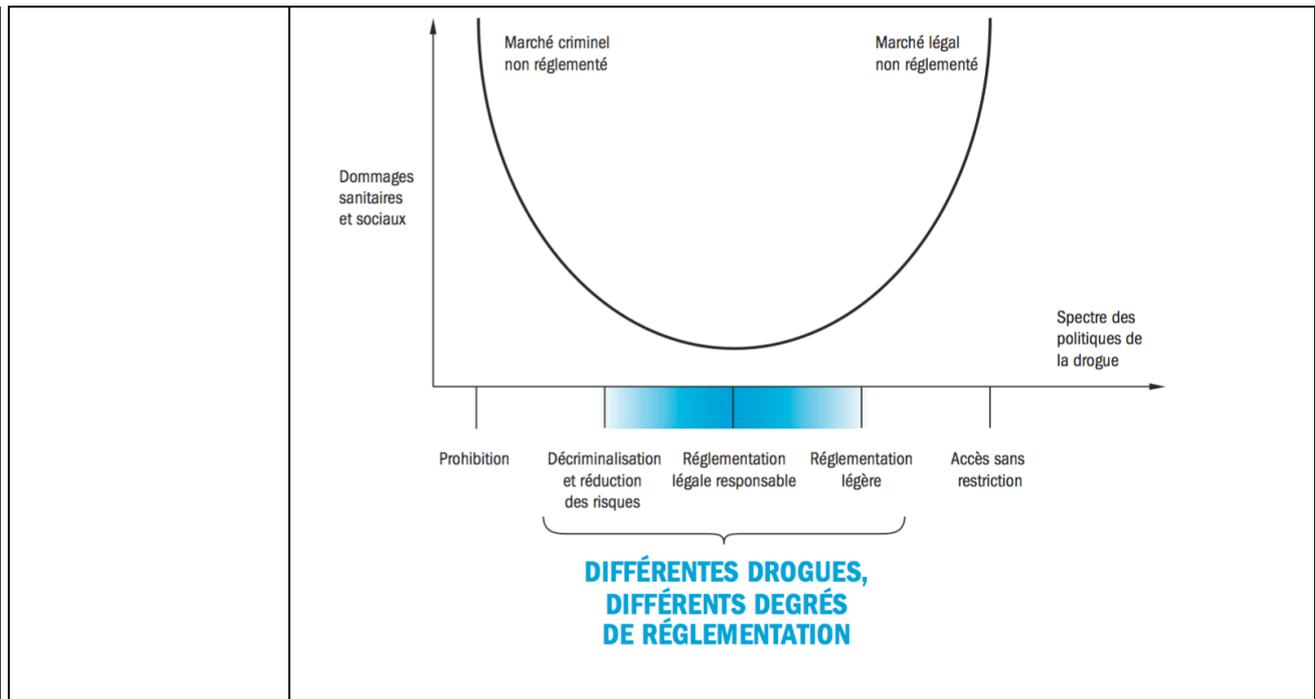
	<p><b>de considérer les autres piliers de la politique addiction et restreindre l'utilisation du droit pénal aux cas graves, non liés à la consommation seule.</b></p>
Chapitre 2.2	<p>2.2.1</p> <p>Le terme de « <b>détection précoce</b> » doit être remplacé par celui d'« <b>intervention précoce</b> » quand on parle de la démarche dans son ensemble, et par « <b>repérage précoce</b> » quand on parle de l'identification des comportements problématiques.</p> <p>2.2.2</p> <p>Il serait intéressant ici de mentionner aussi le <b>modèle bio-psycho-social</b> dans les bases de définition élargies, en citant notamment le triangle d'Olivenstein. La mention du modèle bio-psycho-social doit se faire dans toute son étendue, et non seulement dans sa stricte dimension sanitaire, élargie aux autres domaines.</p>
Chapitre 2.3	<p><u>2.3.1</u></p> <p><b>La stratégie nationale addictions met l'accent sur l'offre sanitaire, à savoir la prise en charge des personnes dépendantes.</b></p> <p>Cette assertion est contradictoire avec le modèle du Cube qui met en avant, au même niveau, les 4 piliers (et non seulement l'offre sanitaire), et les 3 types de consommation (seule une partie du plus petit de ces trois groupes, les dépendants, ont besoin de thérapie)</p> <p><b>La stratégie nationale addictions considère la question de manière plus large, en intégrant toutes les mesures en la matière, au-delà de la dimension sanitaire, et au-delà de la simple question de la dépendance, qui ne concerne qu'une minorité des usagers de substances psychotropes.</b></p> <p><u>2.3.2</u></p> <p><b>Comme la dépendance, au sens médical du terme, correspond à un diagnostic psychiatrique, sa prévention, mais aussi sa prise en charge, présentent de nombreux liens avec celles des maladies psychiques.</b></p> <p>Ici aussi, il est regrettable de voir la définition de la psychiatrie dominer le document. La dépendance précède d'une vision interdisciplinaire, où la médecine et la psychiatrie ont toutes leurs places, mais parmi d'autres points de vue. Sur le terrain, les acteurs non médicaux restent largement majoritaires dans la prise en charge des addictions.</p> <p>Par ailleurs, nulle part en Suisse romande, la question de la prévention ne relève de la psychiatrie. Il est par conséquent peu</p>

	<p>opportun de parler de synergies entre psychiatrie et prévention, deux domaines très éloignés l'un de l'autre.</p> <p>Proposition</p> <p><b>Comme la psychiatrie reconnaît la dépendance comme un diagnostic psychiatrique, il existe de nombreux liens en matière de prise en charge, notamment pour les personnes souffrant de double diagnostic.</b></p> <p><u>2.3.4</u></p> <p><b>Le maintien et l'amélioration durables de l'état de santé de la population, et l'instauration d'un système de soins complets, passent par une collaboration multisectorielle garantissant que tous les secteurs politiques tiennent compte des questions de santé et des répercussions sanitaires liées à leurs décisions.</b></p> <p>Ici aussi, la seule dimension sanitaire est considérée, sans prendre en compte l'entier de la problématique.</p> <p>Proposition</p> <p><b>Le maintien et l'amélioration durables de l'état de santé, de l'insertion sociale et de la qualité de vie de la population passent par une collaboration multisectorielle garantissant que tous les secteurs politiques tiennent comptent des questions de santé, de sécurité, d'insertion sociale et de qualité de vie et des répercussions liées à leurs décisions.</b></p>
Chapitre 3	
Chapitre 3.1	<p><b>Aujourd'hui, les principales difficultés auprès des jeunes concernent l'ivresse ponctuelle, les jeux en ligne et le tabagisme (§2)</b></p> <p>Nous trouvons cette phrase arbitraire, car au-delà d'une approche morale, rien ne permet de dire que les jeux en ligne constituent le principal problème d'addiction. Aucune définition consensuelle en termes d'addiction n'existe, et il est donc impossible de poser un jugement de ce type.</p> <p>Il serait ici opportun d'adopter une logique transversale, pour parler du type de comportement de consommation.</p> <p>Proposition</p> <p><b>Aujourd'hui, les principales difficultés auprès des jeunes concernent les comportements de consommation qui visent une ivresse rapide et une perte de contrôle à court terme (ex : binge drinking)</b></p>

Chapitre 3.2	<p><u>Besoin de préserver la diversité</u></p> <p><b>En Suisse, l'éventail des offres d'aide en matière de traitement est large. C'est pourquoi la collaboration et la coordination revêtent une importance particulière (§1)</b></p> <p>Ce constat ne prend pas en compte la situation actuelle, où on assiste partout à une réduction de la diversité des traitements proposés, avant tout pour des raisons financières. Il y a notamment un glissement des prestations vers un financement de la LAMal, ce qui induit une standardisation des réponses à apporter.</p> <p>Le maintien de la diversité en matière thérapeutique doit faire l'objet d'une priorité de toute stratégie addictions, tant l'expérience nous a appris qu'il n'existe pas de modèle unique valable pour l'entier des personnes.</p> <p>Proposition :</p> <p><b>En Suisse, l'éventail des offres d'aide en matière de traitement doit être maintenue la plus large possible. C'est pourquoi la Confédération s'engage pour promouvoir la diversité en la matière et à trouver des mécanismes de financement qui le permettent.</b></p> <p><u>Détection</u></p> <p><b>Il faudrait donc renforcer le rôle des médecins dans la détection précoce d'une dépendance (§2)</b></p> <p>L'idée développée ici de la « détection précoce » est en contradiction avec le modèle de l'intervention précoce, développé par le GREA sur mandat de l'OFSP. Celui-ci postule le principe de subsidiarité, ou nous devons renforcer les communautés et les réseaux dans le « repérage » des conduites addictives.</p> <p>Il ne fait pas de sens aujourd'hui de vouloir amener toutes les personnes en traitement, vu que nous savons que la plupart s'en sortent sans aide extérieure. Au vu des défis financiers auxquels sont confrontés les offres de prise en charge, une « détection » tout azimut ne serait pas forcément bénéfique, au vu de la faiblesse de ce que nous pouvons proposer aujourd'hui. Un tel dispositif de « détection », centré sur le médical, comporte un danger de stigmatisation et de pathologisation des conduites de dépendance.</p> <p>Proposition</p> <p><b>Il faudrait donc renforcer les compétences et le rôle des acteurs de premiers recours, afin de participer pleinement à la phase de</b></p>

	<p><b>repérage précoce (cf. Modèle de l'Intervention précoce), tout en respectant le principe de subsidiarité.</b></p>
<p>Chapitre 3.3</p>	<p>Le paragraphe reprend plusieurs connaissances en matière de dépendance, mais pas forcément au même niveau.  Nous voyons ici deux problèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'utilisation des overdoses comme seul critère des décès liés aux drogues, alors qu'il y en a bien d'autres, comme les maladies somatiques contractées lors de la consommation (AVC, Sida, HepC, accidents, etc.). Il serait souhaitable que la mortalité liée aux drogues illégales puisse comprendre ces éléments. A défaut de chiffres crédibles, il faudrait pouvoir relativiser ces chiffres en questionnant leur pertinence.</li> <li>2. Le lien entre dépendance et suicide n'est pas clair. S'agit-il d'une conséquence d'une dépendance ? Ou à l'inverse, la consommation pourrait-elle prévenir le suicide chez certaines personnes ? Ou encore, que suicide et dépendance ont des causes communes ? Il serait souhaitable de préciser le lien qui est fait.</li> </ol>
<p>Chapitre 3.4</p>	<p>Le GREA salue ici la prise en compte de la dimension sociale des addictions et la nécessité d'agir au-delà de la santé publique. La vision reprise dans ce paragraphe ne semble cependant pas toujours reprise dans le document.</p> <p>Il y a cependant un problème avec la relation entre la personne dépendante et la société. La dépendance est vue ici avant tout comme une charge pour la société, alors que l'interaction est plus complexe. En effet, les dommages sociaux induits par la dépendance sont liés directement à la relation qu'entretient la société avec ce type de comportement. Il y a ainsi une responsabilité partagée entre la société et les personnes concernées dans l'émergence de problématiques addictives.</p> <p>Certaines expressions seraient ainsi à revoir, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La société toute entière pâtit</b> de la violence et de la criminalité</li> <li>- Ce chiffre, à lui seul, <b>en dit long sur la charge qu'ils font peser</b> sur les personnes concernées et leur entourage (...)</li> </ul> <p>Par ailleurs, la dépendance est décrite comme s'accompagnant « le plus souvent » de problématiques d'insertion, notamment dans le monde du travail. Si ce constat est vrai pour les cas graves, qui sont par nature plus en contact avec le monde des soins, il semble trop réducteur pour l'ensemble des personnes dépendantes, ou une grande partie des usagers continue à fonctionner plus ou moins normalement dans le monde du travail. C'est notamment le cas pour des produits comme le tabac ou les médicaments psychotropes, voir l'alcool dans certaines régions. Concernant les drogues illégales, cela pourrait être utile de mieux distinguer les substances, notamment</p>

	<p>entre l'héroïne et la cocaïne consommée par voie d'injection, par rapport aux autres produits dont les conséquences sociales sont moins grandes (MDMA, cannabis, Khat, etc.).</p> <p>Une mise en lumière plus explicite de cet état de fait pourrait permettre d'éviter une pathologisation excessive, voir un certain misérabilisme, de la problématique des dépendances. Elle permettrait aussi de mieux différencier les comportements à risques et problèmes associés (comme la violence) avec la dépendance.</p> <p>Concernant les coûts sociaux du jeu excessif, il serait aussi utile de préciser que les chiffres avancés ne comprennent pas les <b>dommages</b> sur les proches, alors que ceux-ci sont particulièrement élevés pour ce type de dépendance, en raison des répercussions financières très lourdes.</p>
Chapitre 3.5	<p>Le chapitre fait une bonne synthèse de la problématique, en évitant quelques simplifications mentionnées plus haut. Cela conforte le GREA dans la vision que les problèmes du document sont avant tout des questions de forme, et pas de fond.</p> <p>Le terme de « <b>réhabilitation</b> » semble inapproprié, car il contient une dimension normative qui devrait être évitée. Le GREA lui préfère le terme de « <b>rétablissement</b> » (recovery), dans le sens pris pas ce concept en Amérique du nord, qui privilégie la reconquête par la personne d'une certaine autonomie par rapport à une difficulté, sans forcément l'imposition à priori d'une norme imposée de l'extérieur.</p> <p>Les cinq ambitions mentionnées à la fin du chapitre font cruellement l'impasse sur le cadre légal et sur le nécessaire travail sur la représentation. En effet, l'adoption d'une stratégie addiction implique un travail d'advocacy, ou de communication, pour faire évoluer les représentations sociales. D'une part, pour rapprocher la compréhension des addictions aux différents produits pour la société dans son ensemble, mais aussi d'autre part, pour traduire cette convergence au niveau de la loi, au sens du graphique ci-dessous, tiré du rapport de la global commission (page 17). Une reproduction de ce graphique dans la stratégie nationale nous paraîtrait de mature à présenter de manière simple les efforts entrepris par la Confédération pour arriver à une meilleure cohérence en matière législative.</p>



Chapitre 4	
Chapitre 4.1	<p>La responsabilité collective est envisagée ici sous un angle subsidiaire, en cas de problèmes de dépendance avéré. Le GREA la considère comme étant bien plus large, en incluant notamment les questions relatives à la réglementation du marché et à l'accès des produits. Les mesures de protection de la jeunesse, ou de prévention structurelle, voir de circulation routière, sont des mesures qui restreignent la liberté individuelle, au nom de la responsabilité collective. Elles ne concernent cependant pas que les personnes dépendantes, mais la population dans son ensemble.</p> <p>La responsabilité collective s'étend également à la réduction des risques pour des usages à risques, comme des programmes comme Nez rouge, l'analyse de drogues ou la prévention en milieu festif.</p> <p>Au niveau du vocabulaire, il serait souhaitable d'utiliser partout le vocable de « <b>qualité de vie</b> » à la place de « <b>bien être</b> ».</p>
Chapitre 4.2	<p>Le GREA propose une formulation des objectifs plus large, moins centrée sur l'aspect sanitaire et la dépendance :</p> <p>Proposition</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>réduction de la consommation,</b></li> <li>- <b>diminution des conséquences négatives pour les usagers,</b></li> <li>- <b>diminution des conséquences négatives pour la société.</b></li> </ul>
Chapitre 4.3	<p>La description des objectifs stratégiques dans les champs d'action souffre d'un problème de forme. Il s'agit d'un mélange d'exemples de programmes existants, de descriptions et d'illustrations. Le recours à</p>

	<p>des exemples de programmes actuels oriente forcément la compréhension des objectifs et peut donc être très réducteur.</p> <p>Le GREA demande de <b>renoncer à des exemples de programmes</b> en cours de la Confédération pour décrire ces objectifs stratégiques. A la place, il conviendrait de <b>développer davantage la description de ces objectifs en termes conceptuels</b>, car ils sont au cœur de la stratégie.</p>
Champ d'action 1	<p>Les deux premiers objectifs stratégiques sont correctement formulés. Par contre, leur description laisse à désirer.</p> <p>Le troisième objectif stratégique, sur la « détection et l'intervention précoce » nous pose problème et ne correspond pas à la vision développée par le GREA. Ce dernier voit dans l'intervention précoce (IP) un cadre d'action, allant de la promotion de la santé au traitement, qui vise à favoriser à tous les niveaux l'autonomie et la responsabilité des individus.</p> <p>La vision présentée ici nous apparaît trop centrée sur la « détection », sur le modèle de la maladie en médecine, pour apporter un traitement le plus tôt possible. Dans la compréhension de l'IP par le GREA, le défi n'est pas d'identifier les consommations, mais bien plutôt de savoir quoi faire en cas de difficultés.</p> <p>Proposition (pour le troisième objectif)</p> <p><b>Le concept d'intervention précoce est diffusé à tous les niveaux. Celui-ci demande l'instauration d'un environnement favorable à la santé, tout comme le renforcement des compétences individuelles et collectives pour faire face aux problèmes de consommation.</b></p>
Champ d'action 2	<p>Les objectifs de la thérapie devraient être modernisés. Face à la complexité des situations, il y a aujourd'hui un recentrage sur des objectifs plus limités, en termes d'autonomie et d'amélioration de la qualité de vie, voire même en termes de « travail social palliatif ». Les programmes de réinsertion des personnes dépendantes se heurtent à une double difficulté, en augmentation constante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'une part, une augmentation du seuil d'accès au marché normal du travail, lié à la haute productivité exigée en Suisse sur la place de travail ;</li> <li>- D'autre part, une péjoration de la situation sociale et sanitaire des usagers problématiques, liée aux difficultés croissantes que rencontrent les personnes marginalisées (injecteurs, migrants, délinquants, jeunes sans formation) dans notre société, en termes de logement, de santé mentale ou d'insertion.</li> </ul> <p>En ce sens, le premier objectif stratégie pose problème (tout comme</p>

	<p>le paragraphe introductif).</p> <p>Proposition de reformulation du premier objectif :</p> <p><b>Les personnes qui ont des difficultés à gérer leur consommation ou comportement bénéficient d'un soutien adapté, visant à renforcer leur autonomie, à restaurer leur capacité d'agir et à améliorer leur qualité de vie.</b></p> <p>Les deux autres objectifs (2 et 3) sont bien formulés.</p> <p>La description qui en est faite, par contre, souffre des mêmes problèmes que les autres champs d'actions. Restreinte à quelques exemples, elle réduit trop la compréhension de l'objectif.</p>
Champ d'action 3	<p>Le GREA soutient le but de ce champ d'action, ainsi que les idées qui y sont développées.</p> <p>Certains passages doivent cependant être revus.</p> <p><b>Les mesures de réduction des risques permettent de stabiliser l'état de santé des personnes dépendantes et d'empêcher leur marginalisation, voire de faciliter leur réinsertion.</b></p> <p>La réduction des risques est associée à la personne dépendante, ce qui n'est pas justifié. Elle s'adresse aux consommateurs de substances (ou comportement), sans distinction aucune. Nous demandons donc de supprimer cette association malencontreuse. Par ailleurs, la réduction des risques concerne l'entier de la personne, ce qui inclut les questions juridiques (réduction des dommages liés à la répression et aux poursuites pénales) et les questions sociales (logement, nourriture, activités, etc).</p> <p>Proposition</p> <p><b>La réduction des risques vise à diminuer les conséquences négatives de la consommation de produits, par la promotion de comportements à moindre risque, par la réponse aux besoins de première nécessité, et par la protection contre la stigmatisation et l'exclusion.</b></p> <p><u>Abstinence</u></p> <p><b>L'objectif n'est pas l'abstinence immédiate, mais le soutien de la personne dépendante, de manière à limiter les souffrances et les dommages liés à l'addiction et à inciter la personne à entamer une thérapie.</b></p> <p>Il y a ici un problème avec le concept de réduction des risques, vu comme une entrée vers le traitement. La réduction des risques</p>

	<p>procède d'une autre approche. Celle de l'accueil inconditionnel, du respect de la personne dans ses choix, et de l'écoute de ses besoins. Ceux-ci peuvent inclure une démarche thérapeutique, voire même l'abstinence. Placer la question de l'abstinence dans cette définition en trouble la compréhension. Le GREA est d'avis qu'il n'est plus nécessaire de rappeler que la réduction des risques ne vise pas l'abstinence.</p> <p>Proposition</p> <p><b>L'objectif est le soutien de la personne pour favoriser son autonomie et renforcer ses choix favorables à la santé.</b></p> <p>Par ailleurs, nous nous permettons encore trois remarques sur ce paragraphe :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La place du <b>domaine Nighlife</b>, qui prend l'entier de la description du premier objectif stratégique. Si ce domaine est important et qu'il mérite un plus grand développement, il n'en reste pas moins très minoritaire dans l'offre globale de réduction des risques. La focalisation sur ce domaine, très peu développé en Suisse, donne une vision biaisée de la réduction des risques.</li> <li>2. Aujourd'hui, elle se redéploie de manière plus large, vers de nouveaux publics, tout en s'intégrant dans le paysage général des addictions, notamment aussi dans la répression (principes de Franckfort), dans la prévention et dans le traitement (la frontière entre ces deux piliers étant de plus en plus floue). Il faut considérer donc la réduction des risques <b>non pas comme des prestations spécifiques, mais bien comme une philosophie d'action</b> qui innervent l'ensemble du champ et qui s'impose à tous les acteurs, quel que soit leur champ d'action.</li> <li>3. Par ailleurs, ce champ d'action ne mentionne pas les <b>enjeux géographiques</b> liés à l'accès aux prestations de réduction des risques, très inégal sur le territoire. Il serait important qu'un des objectifs stratégiques puisse viser à une meilleure implantation de la réduction des risques sur l'entier du territoire.</li> </ol>
Champ d'action 4	<p>La description de ce champ d'action est bonne, tout comme le but indiqué.</p> <p>Cependant, le GREA ne retrouve pas de cohérence dans les objectifs stratégiques annoncés. Au vu de l'importance de ce champ d'action, ceux-ci devraient être revus, pour plus de clarté, et pour répondre aux défis en la matière.</p> <p>Les points suivants devraient notamment être traités en termes d'objectifs :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tension entre répression et santé publique</li> <li>- Protection de la jeunesse</li> <li>- Surveillance et mise en œuvre des lois</li> <li>- Priorités des actions de répression (ex : vendeuse, ou responsable de magasin)</li> <li>- Statut du consommateur en matière d'exécution de la loi (doit-il être la cible des interventions de régulation ?)</li> <li>- Hétérogénéité des pratiques cantonales</li> </ul> <p>Le GREA propose les objectifs stratégiques suivants :</p> <p><b>La régulation modifie les conditions cadres du marché. Elle s'intéresse donc aux producteurs et aux vendeurs, sur lesquels elle exerce une surveillance ou une répression (en cas de prohibition). Elle ne s'intéresse pas directement aux consommateurs.</b></p> <p><b>La régulation du marché des produits psychotropes place la protection de la jeunesse tout en haut de ses priorités. Elle vise à retarder les premières consommations des jeunes.</b></p> <p><b>La Confédération observe et documente la diversité des pratiques cantonales. Elle promeut les bonnes pratiques, pour permettre une harmonisation à long terme des conditions cadres du marché au niveau suisse.</b></p>
Champ d'action 5	<p>Le GREA soutient pleinement la description, le but et les deux objectifs stratégiques de ce champ d'action.</p>
Champ d'action 6	<p>Le GREA soutient la description, le but et les deux objectifs stratégiques de ce champ d'action, mais regrette que les illustrations ne relèvent que du champ médical. Si ce dernier est important et qu'il mérite d'être soutenu, la Confédération doit aussi prendre en compte que les autres professions, majoritaires sur le terrain, ont aussi des besoins de soutien en la matière, d'autant plus qu'elles ne bénéficient pas de l'appui de structures académiques.</p> <p>Le GREA demande de rajouter un objectif stratégique sur la diversité et l'interdisciplinarité en matière de recherche, de diffusion du savoir et de formation. La description faite de ce champ d'action donne l'impression que les connaissances se restreignent à l'épidémiologie et aux études cliniques. Or, les addictions sont un objet d'études pour bien d'autres disciplines (droit, économie, linguistique, histoire, anthropologie, sociologie, etc), qui ont aussi un effet direct sur la pratique.</p> <p>Proposition :</p> <p><b>La Confédération soutient la diversité en matière de recherche,</b></p>

	<b>et veille à une juste répartition des moyens entre sciences médicales et sciences humaines.</b>
Champ d'action 7	<p>Ce champ d'action nous semble oublier l'essentiel, à savoir le travail d'advocacy et de leadership de la Confédération au plan politique, nécessaire à la mise en œuvre de la présente stratégie. Au vu de l'histoire et des débats politiques passés dans notre pays, il ne faut pas s'attendre à une adoption sans difficulté de la stratégie addiction. Pour prendre corps, elle nécessitera un travail de mobilisation des instances fédérales, auprès du public, auprès des cantons et auprès du parlement fédéral.</p> <p>Le GREA demande donc de rajouter un objectif stratégique :</p> <p><b>La Confédération s'engage à tous les niveaux pour la promotion, la diffusion et la reconnaissance dans la société d'une vision transversale des addictions.</b></p> <p>Le terme de « <b>catégorie à risques</b> » nous semble dangereux et porteur d'un trop grand risque de stigmatisation. Nous demandons de le remplacer par « <b>groupes cibles</b> ».</p>
Champ d'action 8	Le GREA soutient pleinement la description, le but et les deux objectifs stratégiques de ce champ d'action.
Chapitre 5.2	<p>Le GREA considère qu'il est encore nécessaire de disposer de plans d'actions par produits, pour mieux correspondre à la situation actuelle dans les cantons. Un plan d'action trop général pourrait avoir un effet contre-productif et ne pas être pris en compte, car en décalage avec la situation.</p> <p>Le GREA soutient l'idée de disposer d'un seul plan d'action à long terme. Mais il est important de respecter le rythme du changement nécessaire dans les cantons. Ainsi, il demande à la Confédération de reconsidérer l'idée d'abandonner les différents plans d'actions aujourd'hui en vigueur.</p>
Chapitre 6	

Avec nos meilleures salutations

Anne François  
Vice-présidente



Jean-Félix Savary  
Secrétaire général



Cedric Fazan  
Président

