



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 04, F +41 26 305 29 09
www.fr.ch/dsas

Projet de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction aux drogues illégales et à l'alcool¹



Rapport du Conseil d'Etat

Mai 2012

¹ Appelé initialement « Projet de coordination de la prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool »

Remerciements :

Aux membres du groupe de projet et du comité de pilotage pour leur participation aux travaux et pour leur contribution à la rédaction du rapport.

Au « team indication »

A Mmes Virgine Salamin et Kangaji Kasongo pour leur contribution dans le cadre de l'évaluation du projet pilote d'indication et de case management

A M. Philippe Vallat pour ses conseils constructifs

A Mme Rose Steinmann pour la traduction allemande du rapport

Table des matières

Résumé	5
1. Introduction.....	12
2. Le projet de coordination	13
2.1. Historique	13
2.2. Buts du projet.....	15
2.3. Objectifs spécifiques et appréciation	15
2.4. Organigramme.....	17
2.5. Processus.....	19
2.6. Budget	19
3. Généralités	20
3.1. Les addictions.....	20
3.2. Les quatre piliers	22
3.3. Types de consommation.....	23
3.4. Champ du projet de coordination.....	23
3.5. Epidémiologie et tendances.....	24
3.5.1. Drogues	24
3.5.2. Alcool.....	26
3.5.3. Médicaments	28
3.6. Le coût des dépendances en Suisse	29
3.6.1. Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse	29
3.6.2. Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse.....	31
3.7. Le dispositif fribourgeois de prise en charge des personnes souffrant d'addiction	33
4. Besoins recensés dans le domaine de la prise en charge.....	34
4.1. Résumé du rapport « La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg ». Université de Lausanne, mai 2009	34
4.2. Résumé des pistes de réflexion du rapport « Prise en charge 'bas seuil' et intermédiaire' des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de la littérature », FERARIHS, mars 2009.....	39
4.3. Autres besoins	41
5. Résultats et propositions	43
5.1. Prestations.....	43

5.1.1.	Dispositif spécialisé « théorique » et comparaison avec le dispositif existant..	43
5.1.2.	Propositions d'amélioration.....	50
5.1.3.	Mise en œuvre des propositions d'amélioration.....	55
5.2.	Indication et case management.....	56
5.2.1.	Définition et objectifs du processus d'indication	56
5.2.2.	Le projet pilote PICA (Processus d'Indication Cantonal)	57
5.2.3.	Evaluation du projet pilote	58
5.2.4.	Propositions d'amélioration du processus d'indication.....	62
5.3.	Organisation de la Fondation le Tremplin, de la Fondation le Torry et de l'Association le Radeau	65
5.4.	Structure de coordination et de pilotage	66
5.4.1.	Composition, fonctionnement et tâches de la structure de coordination et de pilotage	66
6.	Conclusion.....	68
	Annexe 1 : le dispositif fribourgeois de prise en charge des personnes souffrant d'addiction	69

Résumé

Ce résumé récapitule les principaux éléments du rapport ainsi que les propositions retenues. Pour des informations plus approfondies, il est nécessaire de se référer au texte complet du rapport.

Introduction

Le dispositif fribourgeois de prise en charge des personnes souffrant d'addiction dispose de prestations variées et adaptées à beaucoup de groupes cibles. Cependant, le Conseil d'Etat, conscient que des améliorations dans la prise en charge sont à apporter, a mis sur pied, en 2008, le projet de «Coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction».

Mandaté par la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS), le projet a été coordonné par un chef de projet rattaché au Service du médecin cantonal et piloté par un comité composé de chefs de service de la DSAS et d'une représentante de la Direction de la sécurité et de la justice (DSJ).

Le résultat visé par le projet de coordination était la mise en place d'un dispositif cantonal de prise en charge des personnes souffrant d'addiction ayant les caractéristiques suivantes :

- > une offre de qualité adaptée aux besoins et problématiques actuels et démontrés,
- > une collaboration interinstitutionnelle et interdisciplinaire,
- > une chaîne thérapeutique centrée sur la personne souffrant d'addiction,
- > une utilisation optimale des ressources à disposition (efficacité et efficience),
- > un souci constant d'amélioration et d'adaptation (besoins/offres, fonctionnement, résultats).

Un groupe de projet, composé de représentant-e-s d'institutions et services directement ou fortement impliqués dans la prise en charge de personnes souffrant d'addiction, a élaboré – à l'attention du Conseil d'Etat – des propositions de mesures à prendre pour atteindre les objectifs du projet.

Le projet a été financé par le Fonds pour la lutte contre les toxicomanies. Il a pris en considération conjointement les problématiques des addictions à l'alcool et aux drogues illégales.

Ce rapport présente les résultats et les propositions élaborées dans le cadre du projet et retenues par le Conseil d'Etat et est structuré de la manière suivante :

- > Présentation du projet, de son cadre et de ses objectifs (chapitre 2)
- > Généralités (addictions, épidémiologie, coûts sociaux, dispositif fribourgeois actuel) (chapitre 3)
- > Besoins (chapitre 4)
- > Résultats et propositions (chapitres 5)

Les résultats et les propositions sont présentés par domaines, à savoir :

- > Prestations (chapitre 5.1)
- > Indication et case management (chapitre 5.2)
- > Organisation de la fondation le Tremplin, de la fondation le Torry et de l'association le Radeau (chapitre 5.3)
- > Structure de coordination et de pilotage (chapitre 5.4)

La fin du projet de coordination représente la fin d'une première étape. La seconde étape consistera dans la réalisation des propositions présentées.

Epidémiologie

Pour le canton de Fribourg, au prorata, on peut estimer à **9'000** le nombre de personnes qui boivent de l'alcool de manière chronique.

Pour le canton de Fribourg, au prorata, on peut estimer à **10'000** le nombre de personnes alcoolodépendantes.

Selon une revue de la littérature faite dans le cadre du projet de coordination, il a été estimé que 0.5% de la population adulte du canton de Fribourg consomme au moins une fois par jour d'autres drogues que l'alcool ou le cannabis, soit environ **1'400 personnes**.

Le coût des dépendances en Suisse

Le coût social (somme des coûts directs, indirects et humains) de la consommation de drogues illégales dans le canton de Fribourg peut être estimé à **143 mio de frs par année**.

Le coût social (somme des coûts directs, indirects et humains) de l'abus d'alcool dans le canton de Fribourg peut être estimé à **226 mio de frs par année**.

Résultats et propositions

Ce chapitre résume les résultats concrets obtenus dans le cadre du projet de coordination et les propositions pour la suite dans les quatre domaines d'activité du projet :

- > Prestations
- > Indication et case management
- > Organisation de la fondation le Tremplin, de la fondation le Torry et de l'association le Radeau
- > Structure de coordination et pilotage

Les résultats concrets obtenus dans le cadre du projet de coordination sont les suivants :

- > Rapport « La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg », Université de Lausanne, mai 2009²
Ce rapport a été fait avec l'implication des réseaux socio-sanitaire et judiciaire-policiers. Il a été une des bases importantes pour la conceptualisation des propositions relatives aux prestations et à l'indication.
- > Rapport « Prise en charge 'bas seuil' et 'intermédiaire' des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de la littérature », FERARIHS, mars 2009 (cofinancé par Infodrog³, Berne)⁴

² Ce rapport (en français seulement) est téléchargeable du site :
http://www.fr.ch/smc/fr/pub/drog_alco_tab_dependances.htm

Ce rapport a été une des bases importantes pour la conceptualisation des propositions relatives aux prestations

- > Réalisation du projet pilote concernant l'indication et le case management (adultes et adolescents)
Ce projet a été conceptualisé et réalisé par les partenaires du réseau des addictions et a permis de tester les processus et outils prévus et de faire des propositions d'amélioration pour la suite
- > Signature de la convention de collaboration par la Fondation le Tremplin, la Fondation le Torry et l'Association le Radeau qui a créé le « Réseau des Institutions Fribourgeoises pour personnes souffrant d'Addictions (RIFA) » et début des travaux de réalisation de ses objectifs (notamment dans les domaines « Mise en place de synergies administratives », « Mise en place de synergies informatiques » et « Mise en place de synergies au niveau des portefeuilles d'assurance »)
- > Propositions d'amélioration concernant les prestations de prise en charge
- > Proposition concernant la structure de coordination et de pilotage

De manière générale, grâce au projet de coordination, les membres du réseau des addictions ont amélioré leur connaissance réciproque (fonctionnement, compétences, prestations, cultures, ...), intensifié leurs collaborations en réseau au niveau cantonal et construit une vision commune de la problématique des addictions. Grâce à cela, certaines adaptations de prestations et pratiques ont déjà pu être réalisées.

Prestations

Dans un premier temps, un dispositif « théorique » de prise en charge a été élaboré sur la base des connaissances des membres du groupe de projet, de l'analyse des besoins et de la littérature.

Par la suite, ce dispositif « théorique » a été comparé à la situation actuelle dans le canton.

Cela a permis, dans une troisième étape, de faire des propositions d'amélioration du dispositif de prise en charge, de les étayer et de les soumettre au Conseil d'Etat.

Les propositions retenues sont les suivantes :

Adultes

- > I1. Prestations médicales stationnaires mixtes (somatique et psychiatrique)
- > I2. Prestations résidentielles de crise déclenchée par une situation sociale
- > I3. Prestations conceptualisées de suivi de proximité
- > I4. Centre de jour avec soins somatiques
- > I5. Lieu de vie « bas seuil »

- > N1. Prestations de liaison addictologique
- > N2. Bistrot social
- > N3. Lieu de vie « abstinence »

³ Centrale nationale de coordination des addictions, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique

⁴ Ce rapport (français et allemand) est téléchargeable du site :
http://www.fr.ch/smc/fr/pub/drog_alco_tab_dependances.htm

> N4. Centre de jour « abstinence »

Adolescents

Pour les adolescents, l'analyse a montré que le dispositif actuel doit être complété par les prestations suivantes :

- > Structure résidentielle
- > Ateliers d'insertion/formation

Ces prestations sont considérées comme « Indispensables » (proposition I6).

Autres propositions d'amélioration

- > A1. Sensibiliser les acteurs non-spécialisés (médecins de premier recours, médecins scolaires, médecins du travail, travailleurs sociaux et éducateurs) à l'importance de la détection et de l'intervention précoces, ainsi que renforcer leurs compétences (acteurs prenant en charge les jeunes et les adultes).
- > A2. Constituer un système cantonal d'information pour acquérir une connaissance quantitative plus complète, plus fiable et plus coordonnée de la dépendance.
- > A3. Elargir la distribution de seringues et matériel stérile
- > A4. Développer les prestations de consommation contrôlée d'alcool et de soutien aux familles de personnes souffrant d'addiction et développer l'information (téléphonique, Internet) à la population.
- > A5. Donner la possibilité aux institutions – Fondation le Tremplin, Fondation le Torry et Association le Radeau – de développer des prestations ambulatoires
- > A6. Introduire les traitements de substitution à Bellechasse
- > A7. Améliorer la prise en charge de parents-enfants, notamment par les institutions résidentielles
- > A8. Développer les prestations en faveur des personnes âgées souffrant d'addiction
- > A9. Etudier les modalités d'une prise en charge institutionnelle temporaire (p.ex. jusqu'à trois mois) de personnes avec un permis de séjour temporaire (F, N, S) ou sans papier

Les prestations « Indispensables » (I) comblent un manque dans la continuité de la prise en charge. Les prestations « Nécessaires » (N) améliorent la qualité du dispositif de prise en charge. Les « Autres propositions d'amélioration » (A) sont constituées de propositions d'ordre divers.

Il s'agit, dans l'ensemble, des prestations qu'il faudra développer dans le futur, en fonction des priorités établies. Un Plan de mise en œuvre devra être élaboré.

Dans ce sens, les prestations jugées « Indispensables » seront réalisées avant celles jugées « Nécessaires », et ceci à partir de 2014.

Parmi les prestations « Indispensables », les propositions suivantes seront réalisées en priorité :

- > I2. Prestations résidentielles de crise déclenchée par une situation sociale
- > I3. Prestations conceptualisées de suivi de proximité
- > I5. Lieu de vie « bas seuil »

Par le biais de la prestation I3, il sera également possible de réaliser les prestations « I4. Centre de jour avec soins somatiques » et « N1. Prestations de liaison addictologique ».

Les propositions « A1. Sensibiliser les acteurs non-spécialisés » et « A2. Constituer un système cantonal d'information » seront réalisées déjà à partir de 2012, et ceci en raison de leur contenu très lié au pilotage du dispositif.

La réalisation des propositions sera coordonnée avec les travaux d'autres projets, comme par exemple les projets du RFSM et du HFR ou ceux du projet de mise en œuvre de la nouvelle législation sur la personne en situation de handicap/RPT.

Indication et case management

Dans le cadre du projet de coordination, un projet pilote concernant l'indication et le case management (adolescents et adultes) a été élaboré, mis en œuvre et évalué. Des propositions d'amélioration ont été formulées.

Le processus d'indication définit des procédures et des outils communs afin de viser la meilleure adéquation entre les besoins d'une personne souffrant d'addiction et les prestations fournies, ainsi qu'un suivi de la prise en charge dans le temps (case management).

Le processus d'indication et de case management proposé dans le cadre de ce projet pilote concernait les principaux acteurs du domaine de la prise en charge spécialisée des personnes souffrant d'addictions, à savoir :

Fondation le Tremplin, Fondation le Torry, Association le Radeau, Association REPER (en collaboration avec la Suchtpräventionsstelle), Chaîne des addictions du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM), Secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents du RFSM.

Initialement, le projet pilote était destiné à toute personne ayant recours aux prestations du réseau fribourgeois des addictions

Néanmoins, pour des questions de ressources, pendant le projet pilote et pour les adultes, le groupe cible a dû être réduit aux demandes de prise en charge résidentielles (par la Fondation le Tremplin, la Fondation le Torry, l'Association le Radeau et par des institutions sises hors canton).

Il ressort des données mesurées pendant le projet pilote que l'évaluation de toutes les personnes s'adressant au réseau spécialisé des addictions selon le processus testé, si cela devait avoir lieu, exigerait d'importantes ressources.

De plus, la valeur ajoutée d'une telle prestation pour l'ensemble des usagers n'a pas encore pu être estimée, comme ça a par contre été le cas, de manière positive, pour le groupe cible retenu.

Compte tenu du fait que les ressources sont limitées et qu'il est nécessaire de poursuivre les réflexions sur l'indication, il a été décidé d'introduire un système de préindication (sélection) visant à déterminer, parmi les usagers arrivant dans le réseau des addictions ou pris en charge par lui, quels sont ceux qui doivent impérativement bénéficier de la prestation d'indication (optimisation de la prestation d'indication par rapport aux bénéfices attendus).

Le but est de déterminer des groupes cibles d'usagers qui bénéficieront de la prestation d'indication selon le processus testé et d'analyser de manière empirique les conséquences positives et négatives de l'indication pour les groupes cibles déterminés.

Selon les résultats de cette démarche, un élargissement des groupes cibles pourra encore être pris en considération dans une seconde phase.

Le case management est un sujet qui a été réfléchi et pris en considération dans les travaux du projet pilote, mais ce dernier n'a pas permis de conceptualiser ce concept, qui représente un axe fondamental d'un système de prise en charge et contribue fortement à sa cohérence et son efficacité. Il a donc été décidé de mandater le réseau des addictions pour poursuivre les réflexions et concrétiser un projet de case management, parallèlement à la mise sur pied du système de préindication mentionné ci-dessus.

En ce qui concerne les adolescents, de manière générale, le nombre de dossiers est trop faible pour tirer des résultats du projet pilote des conclusions représentatives.

Le réseau fait le constat que le nombre d'adolescents prêts pour une telle indication est faible. À son avis également, la prestation d'indication telle qu'étudiée dans le cadre du projet pilote ne semble pas être l'instrument adéquat et utile pour les adolescents, chez qui l'abus de substances est souvent un symptôme d'autres problématiques ; de ce fait, il faudrait élargir le champ des domaines pris en considération lors d'une telle évaluation.

Ces réflexions sortent toutefois du cadre du projet de coordination et du réseau des addictions. Il a donc été décidé qu'elles feront partie d'un autre projet, impliquant tous les acteurs concernés par la prise en charge des adolescents en difficultés.

Organisation de la Fondation le Tremplin, de la Fondation le Torry et de l'Association le Radeau

Une convention de collaboration a été signée par les 3 institutions concernées le 16 mars 2011 et approuvée par la DSAS. Cette convention a formellement institutionnalisé les collaborations entre ces 3 institutions qui ont créé le « Réseau des Institutions Fribourgeoises pour personnes souffrant d'Addictions (RIFA) ». Une planification de la mise en œuvre des objectifs de cette convention, qui sont à atteindre d'ici 2014, a également été adoptée.

Le RIFA est une société simple au sens des art. 530ss CO.

Le RIFA a pour but d'optimiser l'efficacité et l'efficacités des activités de ses associées par une collaboration dans différents domaines, tout en respectant clairement la différenciation des prestations offertes par chacune des trois institutions en regard de son public cible.

Structure de coordination et de pilotage

Il est impératif que le futur dispositif de prise en charge des personnes souffrant d'addictions ait le souci constant d'amélioration et d'adaptation (besoins/offres, fonctionnement, résultats). De plus, il est également important qu'il coordonne la mise en œuvre des propositions faites dans le domaine des prestations et dans celui de l'indication et du case management

Il a été décidé de créer une commission pour la prise en charge des personnes souffrant d'addiction et un poste de coordinateur/trice (délégué/e cantonal/e aux problèmes d'addiction).

La commission sera composée de 7 membres représentant :

- > la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS)
- > la Direction de la sécurité et de la justice (DSJ)
- > le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)
- > l'hôpital fribourgeois (HFR)
- > la Société de médecine du canton de Fribourg (SMCF)
- > le Réseau des institutions fribourgeoises pour personnes souffrant d'addiction (RIFA)
- > les organes de promotion de la santé et de prévention œuvrant dans le domaine des addictions

La commission sera également chargée d'organiser une rencontre annuelle avec des représentant/e/s d'autres autorités, organisations ou milieux concernés par la prise en charge (police, juges, tuteurs, institutions, services, ...) non présents dans la commission (**plateforme de professionnel/le/s**) ; ceci dans le but de coordonner les activités, faire le bilan des projets en cours ainsi qu'obtenir les informations nécessaires au/à la coordinateur/trice et à la commission pour pouvoir effectuer les tâches qui leur sont confiées.

Au besoin, la commission pourra également inviter aux autres séances des membres de la plateforme, ou tout autre acteur, avec voix consultative.

1. Introduction

Le dispositif fribourgeois de prise en charge des personnes souffrant d'addiction dispose de prestations variées et adaptées à beaucoup de groupes cibles. Cependant, le Conseil d'Etat, conscient que des améliorations dans la prise en charge sont à apporter, a mis sur pied, en 2008, le projet de «Coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction».

Mandaté par la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS), le projet a été coordonné par un chef de projet rattaché au Service du médecin cantonal et piloté par un comité composé de chefs de service de la DSAS et d'une représentante de la Direction de la sécurité et de la justice (DSJ).

Le résultat visé par le projet de coordination était la mise en place d'un dispositif cantonal de prise en charge des personnes souffrant d'addiction ayant les caractéristiques suivantes :

- > une offre de qualité adaptée aux besoins et problématiques actuels et démontrés,
- > une collaboration interinstitutionnelle et interdisciplinaire,
- > une chaîne thérapeutique centrée sur la personne souffrant d'addiction,
- > une utilisation optimale des ressources à disposition (efficacité et efficience),
- > un souci constant d'amélioration et d'adaptation (besoins/offres, fonctionnement, résultats).

Un groupe de projet, composé de représentant-e-s d'institutions et services directement ou fortement impliqués dans la prise en charge de personnes souffrant d'addiction, a élaboré des propositions de mesures à prendre pour atteindre les objectifs du projet.

Le projet a été financé par le Fonds pour la lutte contre les toxicomanies. Il a pris en considération conjointement les problématiques des addictions à l'alcool et aux drogues illégales.

Ce rapport présente les résultats et les propositions retenues par le Conseil d'Etat et est structuré de la manière suivante :

- > Présentation du projet, de son cadre et de ses objectifs (chapitre 2)
- > Généralités (addictions, épidémiologie, coûts sociaux, dispositif fribourgeois actuel) (chapitre 3)
- > Besoins (chapitre 4)
- > Résultats et propositions (chapitres 5)

Les résultats et les propositions sont présentés par domaines, à savoir :

- > Prestations (chapitre 5.1)
- > Indication et case management (chapitre 5.2)
- > Organisation de la fondation le Tremplin, de la fondation le Torry et de l'association le Radeau (chapitre 5.3)
- > Structure de coordination et de pilotage (chapitre 5.4)

La fin du projet de coordination représente donc la fin d'une première étape. La seconde étape consistera dans la réalisation des propositions présentées.

2. Le projet de coordination

2.1. Historique

Le projet de coordination a démarré, dans sa forme actuelle, en janvier 2008 et était initialement prévu jusqu'à fin 2009. Les objectifs du projet n'ont pas pu être atteints dans ce laps de temps de deux ans. La cause a été la complexité du domaine et le fait que les partenaires du projet n'ont pas toujours pu mettre à disposition les ressources nécessaires demandées par le projet, celui-ci étant une tâche supplémentaire à leurs activités. De ce fait, le projet a été prolongé jusqu'à fin 2011.

Avant le démarrage du projet de coordination, dans le canton, plusieurs initiatives se sont succédées afin de faire face à l'évolution de la problématique des addictions aux drogues illégales et à l'alcool et trouver des solutions aux nouveaux défis et problèmes. Les soucis financiers, l'évolution des problématiques des personnes souffrant d'addiction, les collaborations entre les structures existantes ont été les thèmes traités par de nombreux groupes de travail.

A ce sujet, on peut citer :

Mai 1998	Concept politique global de lutte contre les toxicodépendances et aide au toxicodépendants, DSAS
Septembre 2000	Rapport du groupe de travail pour un concept cantonal de traitement des toxicodépendances, mandaté par Mme Lüthi, Conseillère d'Etat-Directrice DSAS
Septembre 2002	Actualisation du concept politique global de lutte contre les toxicodépendances et d'aide aux toxicodépendants par la commission cantonale des toxicodépendances, mandatée par la DSAS
Janvier 2005	Groupe de coordination de la prise en charge des dépendances composé de chefs de service et consultation auprès des institutions concernées (Fondation le Tremplin, Association le Radeau, Fondation le Torry). Ce groupe a été actif jusqu'en mars 2006
Mai 2006	Lancement du projet « Coordination de la prise en charge des personnes dépendantes », piloté par le Dr Lee, médecin cantonal, et présentation des résultats à la DSAS. En novembre 2006, le projet a été suspendu par manque de ressources humaines jusqu'en janvier 2008

Les travaux effectués dans le cadre du groupe de coordination de la prise en charge des dépendances jusqu'en mars 2006 étaient essentiellement articulés autour de la prise en charge résidentielle (Fondation le Tremplin, Association le Radeau, Fondation le Torry). Dès le lancement du projet « Coordination de la prise en charge des personnes dépendantes », en mai 2006, par contre, le champ des réflexions a été élargi en impliquant d'autres acteurs concernés par le domaine des addictions (acteurs médicaux, sociaux, pénaux) afin d'avoir un dispositif de prise en charge complet et cohérent.

Sur cette base et en s'inscrivant dans la continuité des réflexions effectuées précédemment, les travaux du projet de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction aux drogues illégales et à l'alcool ont démarré en janvier 2008.

Les principaux constats faits en 2008 au sujet de la prise en charge ont été les suivants :

- > les collaborations entre les institutions et services de prise en charge ne sont pas systématisées dans leur ensemble. Les institutions et services ne sont pas unis dans une perspective de collaboration définie avec des objectifs communs par rapport à la coordination et à la prise en charge
- > il n'y a pas de lignes directrices officielles par rapport à la prise en charge (concept cantonal)
- > les collaborations élargies aux autres partenaires ne sont pas systématisées dans leur ensemble.
- > des institutions et services ont plusieurs projets en suspens pour différents groupes cible, sans forcément avoir une vision d'ensemble
- > les besoins actuels ne sont pas évalués
- > certaines institutions socio-éducatives ont ou ont eu des soucis d'occupation et de financement
- > les critères pour les placements dans les institutions cantonales ne sont pas définis, tout comme ceux pour les placements en institution hors canton
- > seules les positions d'un certain nombre d'institutions au sujet des visions de prise en charge, projets et besoins sont connues. Dans la réflexion avant 2008, certains acteurs du champ des dépendances n'ont pas été consultés.
- > il n'est pas connu si l'offre proposée – existante et/ou proposée par des projets – correspond aux besoins, quels sont les besoins non couverts – quant au nombre et quant à la problématique – ni de quelle manière l'offre de prise en charge pourrait éventuellement être articulée différemment pour mieux faire face aux besoins actuels. Les besoins annoncés par les institutions au travers de différents projets ne sont pas appuyés par une analyse méthodique et d'ensemble et ils ne sont pas quantifiés. Les besoins exprimés par les personnes dépendantes ne sont pas connus.

2.2. Buts du projet⁵

La description qualitative de la situation souhaitée est la suivante :

Le canton de Fribourg dispose d'un dispositif de prise en charge des personnes souffrant d'une addiction à l'alcool et/ou aux drogues illégales. Ce dispositif présente les caractéristiques suivantes :

- > une offre de qualité adaptée aux besoins et problématiques actuels et démontrés
- > une collaboration interinstitutionnelle et interdisciplinaire
- > une chaîne thérapeutique centrée sur la personne
- > une utilisation optimale des ressources à disposition (efficacité et efficience)
- > un souci constant d'amélioration et d'adaptation (besoins/offres, fonctionnement, résultats)

Le dispositif doit :

- > offrir des prestations qui vont du domaine de la réduction des risques à celui du traitement et qui s'orientent en fonction besoins et des ressources des personnes concernées et dans leur intérêt
- > viser l'intégration sociale des personnes concernées en fonction de leurs possibilités à un moment donné de leur parcours
- > répondre aux exigences ci-dessus tout en tenant compte du cadre financier donné, en visant l'utilisation optimale des ressources actuelles.

2.3. Objectifs spécifiques et appréciation

Les objectifs spécifiques du projet de coordination étaient les suivants :

1. Il existe un catalogue des prestations de prise en charge (adultes et adolescents) ainsi qu'une planification concrète de sa mise en œuvre

- 1.1. Les besoins sont connus
- 1.2. Les prestations actuelles sont connues
- 1.3. Les écarts entre les besoins des groupes cibles et les prestations de prise en charge offertes sont identifiés et priorisés

2. Un système cantonal global de prise en charge des personnes souffrant d'addiction est formalisé et entré en fonction ou planifié

- 2.1. Un processus d'indication est testé, validé et mis en vigueur
- 2.2. L'organisation (prestations, collaborations, structures, ...) de la Fondation le Torry, de la Fondation le Tremplin et de l'Association le Radeau est analysée et, le cas échéant, adaptée et implémentée

⁵ Pour élaborer le but et les objectifs, une analyse intercantonale des modèles de prise en charge a été effectuée. Les modèles valaisan, vaudois, bâlois, bernois et soleurois ont particulièrement inspiré la vision ainsi que les aspects pratiques du projet de coordination fribourgeois, en ce qui concerne la structure, les prestations ainsi que l'indication et le case management.

2.3. Il existe une structure commune, identifiable comme telle, de coordination et de pilotage du dispositif, formalisée et mise sur pieds

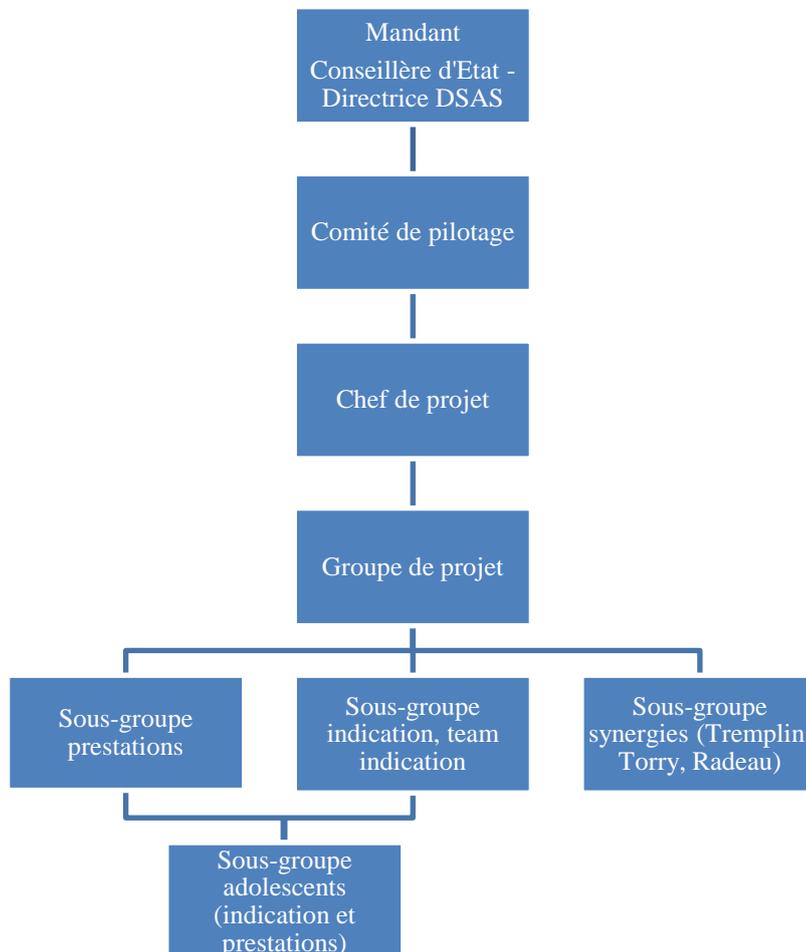
Une appréciation quant à l'atteinte des objectifs est présentée dans le tableau suivant.

Objectif	Appréciation	
1	<p>Il existe un catalogue des prestations de prise en charge (adultes et adolescents) ainsi qu'une planification concrète de sa mise en œuvre</p>	Fait. La planification concrète sera définie dans le cadre de l'élaboration du Plan de mise en œuvre.
1.1	Les besoins sont connus	Fait
1.2	Les prestations actuelles sont connues	Fait
1.3	Les écarts entre les besoins des groupes cibles et les prestations de prise en charge offertes sont identifiés et priorisés	Fait
2	<p>Un système cantonal global de prise en charge des personnes souffrant d'addiction est formalisé et entré en fonction ou planifié</p>	Fait
2.1	Un processus d'indication est testé, validé et mis en vigueur	Fait. Le processus élaboré dans le cadre du projet pilote doit être réactivé et amélioré et un système de pré-indication introduit.
2.2	L'organisation (prestations, collaborations, structures, ...) de la Fondation le Torry, de la Fondation le Tremplin et de l'Association le Radeau est analysée et, le cas échéant, adaptée et implémentée	Fait. Une convention de collaboration (RIFA ⁶) a été signée par les 3 institutions le 16 mars 2011. Une planification de sa mise en œuvre a été adoptée.
2.3	Il existe une structure commune, identifiable comme telle, de coordination et de pilotage du dispositif, formalisée et mise sur pieds	Décisions prises. La structure de coordination doit maintenant être mise sur pieds.

⁶ Réseau des Institutions Fribourgeoises pour personnes souffrant d'Addiction

2.4. Organigramme

L'organigramme du projet de coordination est le suivant :



Mandant	Mme la Conseillère d'Etat-Directrice SAS A.-Cl. Demierre (qui a succédé à Mme la Conseillère d'Etat Ruth Lüthi)
Comité de pilotage	M. P. Zurich, chef du service de la santé publique, Président Mme M. Aebischer, cheffe du service de la prévoyance sociale Mme Cl. Godat, secrétaire générale de la Direction de la Sécurité et de la Justice Dr C.-Y. Lee, médecin cantonal M. F. Mollard, chef du service de l'action sociale

Chef de projet	M. G. Biscontin, collaborateur scientifique, service du médecin cantonal
Groupe de projet	<p>Dr. S. Abid, médecin adjoint, chaîne des addictions du RFSM</p> <p>Dr. F. Abril, médecin installé (dès mars 2009)</p> <p>Mme E. Barboni, directrice, association le Radeau</p> <p>M. J.-C. Beaud, responsable de secteur, association REPER (dès janvier 2009)</p> <p>Dresse D. Belkaaloul, médecin adjointe, chaîne de l'adolescence du RFSM (jusqu'à janvier 2011)</p> <p>Dr A. Kuntz, médecin adjoint, chaîne des addictions du RFSM (dès mars 2011)</p> <p>Dr. P. Lavenex, médecin adjoint, chaîne de crise et de liaison du RFSM (jusqu'à mai 2011)</p> <p>M. T. Radermecker, directeur, fondation le Torry</p> <p>Dr. J.-L. Rime, médecin installé (jusqu'à décembre 2008)</p> <p>Dr Cl. Uehlinger, médecin sous-directeur, chaîne des addictions du RFSM (jusqu'à décembre 2010)</p> <p>M. F. Vallat, directeur, fondation le Tremplin</p> <p>M. Ph. Wüst, directeur, association le Radeau (jusqu'à décembre 2008)</p> <p>Dr. K. Zahedi, chef de clinique, HFR</p>
Sous-groupes de projet	<p>Membres du groupe de projet.</p> <p>Mme L. Galley, responsable de secteur de REPER et Mme Cl. Rehmman, responsable de la Suchtpräventionsstelle, ont également participé aux travaux du sous-groupe adolescents.</p> <p>Le « team indication », qui a mis en œuvre le projet pilote d'indication, était composé de membres du groupe et des sous-groupes de projet ainsi que de plusieurs collaborateurs/trices des institutions et services impliqués.</p> <p>Mme Virginie Salamin, RFSM, et Mme Kangaji Kasongo, SMC, ont participé à l'évaluation du projet pilote d'indication et de case management.</p>

2.5. Processus

Les travaux du projet de coordination ont duré 4 années. Pendant ce laps de temps, le groupe de projet s'est réuni à intervalles réguliers, tout comme les sous-groupes de projet, en fonction des travaux et des thèmes prioritaires. Par moments, le rythme des séances a été très dense. Le comité de pilotage s'est réuni de manière régulière. Plusieurs séances avec le groupe de projet ou des sous-groupes ont eu lieu. Le groupe de projet a élaboré un rapport, qui a été retravaillé par le comité de pilotage et la DSAS avant d'être soumis au Conseil d'Etat, qui a pris les décisions finales.

Pendant la durée du projet, plusieurs membres ont quitté le groupe de projet et d'autres l'ont rejoint. Certaines périodes ont été très chargées pour certains partenaires. Ces éléments ont eu une influence sur le rythme des travaux, souvent en le ralentissant.

Les partenaires du projet, privés et étatiques, étaient nombreux, tout comme les objectifs à atteindre. Cela a rendu le projet très complexe, tant au niveau de contenu qu'au niveau de processus.

De plus, à l'occasion de la mise sur pied du projet de coordination, les partenaires impliqués ont été amenés pour la première fois à travailler ensemble de manière coordonnée. Le processus a généré la gestion du changement et la création d'une culture commune, qui est encore à consolider.

De manière générale, les partenaires du projet ont pu, grâce aux travaux du projet, améliorer la connaissance réciproque et faciliter les collaborations concernant la prise en charge.

2.6. Budget

Le projet a été financé par le Fonds pour la lutte contre les toxicomanies. Ce dernier a effectué des versements pour un total de 353'000.- frs, ce qui représente une moyenne annuelle de 88'250.- frs.

Les principaux frais ont été les suivants :

- > salaire du chef de projet (80% en 2008, 2009, 2010 et 50% en 2011)
- > analyse des besoins en matière de prise en charge, effectuée par l'Université de Lausanne (40'000.- frs)
- > revue de la littérature dans le domaine de la prise en charge « bas seuil » et « intermédiaire », réalisée par l'institut FERARHIS (5'000.- frs ; avec une participation supplémentaire de 5'000.- frs de la part d'Infodrog⁷, Berne)
- > accompagnement du chef de projet (outils, gestion de projet) par M. Philippe Vallat – reflecta sa (14'000.- frs)
- > mandat externe (B'VM AG, Berne) d'accompagnement de la fondation le Tremplin, la fondation le Torry et l'association le Radeau en vue de proposer des synergies institutionnelles (20'000.- frs, par le budget des institutions)

Les membres du groupe de projet et des sous-groupes de projet, ainsi que les membres du comité de pilotage ont participé aux travaux du projet de coordination dans le cadre de leurs activités et sans percevoir des indemnités supplémentaires. Le chef du projet étant administrativement rattaché au service du médecin cantonal (SMC), il a bénéficié des conseils thématiques et stratégiques du médecin cantonal ainsi que du soutien administratif du secrétariat du SMC tout au long du projet.

⁷ Centrale nationale de coordination des addictions, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique

Le projet pilote d'indication (chapitre 5.2) a été mené par les partenaires dans le cadre de leurs ressources, ce qui a nécessité un grand engagement de leur part.

3. Généralités

3.1. Les addictions⁸

Les recherches effectuées dans le domaine des neurosciences ont permis d'avoir une meilleure connaissance des modifications du fonctionnement cérébral ayant lieu lors de la prise de substances psychotropes.

Toutes les substances addictives ont comme point commun d'agir sur une partie du cerveau, le système mésolimbique, qui abrite le circuit de la récompense. Les cellules composant le cerveau, les neurones, communiquent entre elles en s'envoyant des informations sous forme d'influx nerveux. L'influx passe par l'axone, le prolongement du neurone et arrive dans la jonction entre deux neurones, la synapse. L'influx déclenche alors, dans le cas présent, la production de dopamine, un messenger chimique. La dopamine va faire la navette entre le neurone qui émet l'information et le neurone récepteur, produisant une sensation de bien-être. Le circuit de la récompense est un système fonctionnel et essentiel à la survie. Il permet de renforcer les nouveaux comportements positifs ou appropriés dans une situation donnée et de supprimer ceux qui le sont moins, par le biais de la dopamine, engendrant ainsi un véritable signal d'apprentissage.

Les substances addictives agissent toutes en augmentant la quantité de dopamine libérée dans le circuit de la récompense, produisant ainsi un signal d'apprentissage puissant, qui va encourager une consommation future.

Néanmoins, chaque substance a une action qui lui est spécifique dans le cerveau en dehors de ce circuit.

On peut ainsi classer les substances psychoactives dans l'une des trois grandes familles de psychotropes, selon l'action pharmacologique qu'elles ont hors du circuit de la récompense, soit l'excitation (nicotine, cocaïne...), le ralentissement (alcool, héroïne...) ou l'hallucination (cannabis...).

La consommation occasionnelle de substances psychoactives procure une sensation de bien-être qui est d'une intensité beaucoup plus forte que lors du fonctionnement cérébral normal. Cependant, l'usage répétitif et chronique de psychotropes engendre un déséquilibre au niveau de la chimie du cerveau. Ce dernier va essayer de s'adapter à la présence de ces substances en tentant de ramener son fonctionnement à la normale et de retrouver son équilibre. Ce processus de compensation engendre à la fois des modifications temporaires et des modifications de longue durée. Le cerveau devient ainsi moins sensible aux psychotropes, ce qui pousse le consommateur à multiplier et augmenter les doses afin de ressentir des effets identiques à ceux du début. Dès l'arrêt de la consommation, ce nouvel équilibre qui tenait compte d'une consommation régulière de substances psychoactives est brisé ; un sentiment de tristesse, d'anxiété et d'irritabilité mêlées (dysphorie) se fera sentir. Finalement, l'individu ne consomme plus pour améliorer son état habituel mais pour

⁸ Tiré de « Collège romande de médecine de l'addiction COROMA, Neurosciences de l'addiction, 2009 »

essayer de le retrouver, entraînant de ce fait des adaptations toujours plus fortes de son cerveau. L'individu lutte ainsi contre son propre processus d'adaptation naturelle. On parle alors de dépendance. Les symptômes de manque à l'arrêt de la consommation sont l'expression de ce nouveau déséquilibre cérébral.

Lors de la consommation de substances addictives, non seulement l'intensité de l'augmentation du taux de dopamine est plus élevée que lors de récompense naturelle, mais en plus le taux de dopamine libérée augmente à chaque exposition à la substance. Ceci engendre un renforcement continu des comportements rattachés à la prise du psychotrope, conduisant à l'apparition de comportements automatisés et compulsifs. L'individu ressent un besoin irrésistible de consommer, et ceci malgré la conscience des conséquences négatives que cela aura sur sa santé et sa vie sociale.

On assiste aussi de la même manière à l'apparition d'addiction à des comportements n'impliquant pas la prise de substances, tels que le jeu, l'internet, le sexe etc.

Plusieurs études scientifiques se sont penchées sur les différents facteurs individuels pouvant avoir une influence sur cette sensibilité à l'addiction. Ainsi, il semblerait, par exemple, qu'il puisse exister des facteurs génétiques déterminant un « terrain favorable » à l'addiction. Certaines études mettent aussi en évidence l'importance de la relation entre le stress et la dépendance, en sachant que la sensibilité au stress varie d'un individu à l'autre. Il semblerait également que la susceptibilité à l'addiction à l'âge adulte augmente si l'exposition à la substance a eu lieu tôt dans la vie de l'individu.

Mais les facteurs biologiques ne suffisent pas à tout expliquer ; en effet, l'histoire personnelle de l'individu, son vécu ou l'environnement dans lequel il évolue sont également à prendre en considération. Il semblerait ainsi que les variations de la vulnérabilité individuelle à l'addiction soient définies par le jeu de l'interaction de plusieurs facteurs biologiques, environnementaux, individuels, sociaux et culturels.

Les différentes formes de traitements visant à soigner les personnes ayant développé une addiction ont pour objectif de « désapprendre » au consommateur les comportements qui sont liés à la prise de la substance et de lui permettre ensuite un réapprentissage de nouveaux comportements en l'absence de la consommation du produit.

Ceci peut se faire par exemple par le biais des thérapies psychologiques qui vont tenter de remplacer la motivation qu'a le consommateur à user de ces substances par la motivation à effectuer d'autres comportements (pouvant lui procurer du plaisir).

Il existe également différents types de traitements pharmacologiques. Ainsi certaines substances agissent en altérant le mode d'action du psychotrope au sein de l'organisme et en suppriment les effets recherchés voire produisent des réactions très désagréables (exemple de l'Antabuse, qui produit lors d'une consommation d'alcool des effets fort déplaisants). D'autres substances s'utilisent en tant que traitement de substitution, leur mode d'action produisant certains effets similaires à ceux des psychotropes mais sans en engendrer les effets néfastes. Ce type de traitement permet de réduire non seulement les risques liés à la prise de la substance mais également la mortalité (liée à la qualité du produit dans la rue, au dosage et à la criminalité associée). Cependant les traitements de substitution, largement utilisés dans les cas d'addiction aux opiacés, n'existent pas pour toutes les substances (ainsi la cocaïne par exemple).

Il faut également garder à l'esprit que même lorsque la période de sevrage est de longue durée il y a toujours des risques de rechutes ; l'addiction étant une affection chronique et récurrente.

Finalement, il semblerait que l'association des traitements pharmacologiques et psychologiques permette d'obtenir les meilleurs résultats.

Les recherches en neuroscience montrent ainsi que les substances addictives perturbent les processus biologiques liés aux mécanismes d'apprentissage, de sorte que les comportements de consommation sont appris et renforcés à l'extrême, entraînant finalement, pour l'utilisateur, l'impossibilité de maîtriser la prise de la substance et ceci malgré la connaissance des effets négatifs qu'elle engendrera. Ces résultats permettent de démontrer que l'addiction est une véritable perturbation de certains mécanismes se déroulant au sein du cerveau.

3.2. Les quatre piliers⁹

La politique fribourgeoise en matière de drogue et d'alcool repose sur 4 piliers : prévention, thérapie, réduction des risques et répression/régulation du marché.

La **prévention** contribue à réduire la consommation de drogues et alcool en évitant que des individus ne se mettent à en consommer et à développer des problèmes de dépendance¹⁰. Il s'agit d'éviter que les individus ne commencent à consommer, mais aussi d'éviter le développement d'une dépendance, autrement dit le passage d'une consommation de drogues ou d'alcool impliquant peu de risques à une consommation problématique, voire à une dépendance.

La **thérapie** contribue à la réduction de la consommation de drogues et d'alcool en permettant aux personnes concernées de sortir durablement de la dépendance ou de garder cette perspective ouverte. De plus, elle favorise la santé et l'intégration sociale des personnes en traitement. Dans le secteur des traitements, il s'agit de permettre à des personnes qui souffrent du fait de leur dépendance de trouver une aide effective. Il convient de leur offrir la possibilité de sortir de leur dépendance. Il existe cependant un nombre important de personnes qui ne veulent pas ou qui ne peuvent pas en sortir. Pour certaines d'entre elles, il faut avant tout préserver la possibilité qu'elles y arriveront un jour, en maintenant leur état de santé et leur insertion sociale. Éviter leur marginalisation sociale est un objectif majeur pour diminuer les conséquences tant individuelles que collectives – et notamment les coûts que cela engendrerait.

La **réduction des risques** contribue à diminuer les conséquences négatives de la consommation de drogues pour les usagers eux-mêmes et, indirectement, pour la société, en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux. Les personnes dépendantes vivent souvent en marge de la société. En vertu de la valeur fondamentale de la dignité humaine, elles ont un droit inconditionnel à recevoir de l'aide. Traditionnellement, c'est là qu'intervient l'aide à la survie. Or aujourd'hui, elle ne s'adresse plus uniquement aux personnes dépendantes, mais aussi à l'ensemble des consommateurs qui encourent des risques, quelle que soit la substance

⁹ Source principale : « La politique suisse en matière de drogue ». Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011, Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2006

¹⁰ Dans la littérature nationale, les termes « dépendance » et « addiction » sont souvent utilisés comme synonymes. Il en va de même dans ce rapport.

qu'ils prennent. Elle vise très généralement à permettre à ces gens de traverser une phase de consommation de drogues ou d'alcool en en subissant le moins possible de dommages physiques, psychiques et sociaux de manière à y survivre. La réduction des risques doit également permettre de réduire les coûts sociaux de la drogue et de l'alcool. Il s'agit aussi de préserver autant que faire se peut la qualité de vie des personnes faisant partie de l'entourage des consommateurs. La réduction des risques a aussi pour effet secondaire positif de diminuer la présence des problèmes de drogue dans l'espace public.

Par des mesures de régulation appropriées visant l'application de l'interdiction des drogues illégales, la **répression/régulation du marché** contribue, en particulier, à éviter les conséquences négatives de la consommation de drogues pour la société. En ce qui concerne l'alcool, il s'agit de mettre en œuvre des mesures de régulation du marché (horaires, âges, impôts, ...).

3.3. Types de consommation¹¹

Dans ce chapitre sont définis trois types de consommation. Ces définitions sont importantes pour définir le champ du projet de coordination de la prise en charge des personnes dépendantes.

Consommation peu problématique: consommation occasionnelle ou à faible dose bien contrôlée par l'individu.

Consommation problématique: ce comportement de consommation inclut, d'une part, l'usage à risque et, d'autre part, l'usage nocif. Dans le premier cas, les problèmes sont latents, alors que le second se traduit par des problèmes physiques, psychiques ou sociaux concrets. C'est la définition retenue par l'OMS. Elle correspond à la notion d'«abus» de la classification de la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux américain (DSM IV), qui exclut la dépendance.

Dépendance: consommation présentant les caractéristiques les plus graves comme celles, typiques, de la tolérance et du sevrage. L'individu perd le contrôle de sa consommation bien qu'il soit conscient des problèmes qu'elle engendre.

3.4. Champ du projet de coordination

Le groupe cible du projet de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions aux drogues illégales et à l'alcool est la population « dépendante » qui consomme de l'alcool et/ou des drogues illégales¹². Le projet s'occupe de la thérapie et de la réduction des risques. Bien que les frontières entre les types de consommation ne soient pas si définies, c'est dans ce périmètre que l'essentiel des réflexions aux sujets des prestations a été mené.

¹¹ Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), « D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives », Verlag Hans Huber, Bern, 2006

¹² Dans les réflexions, il a été tenu compte, quand cela a été nécessaire, des besoins spécifiques de la population alcoolodépendante par rapport à la population toxicodépendante, et vice-versa. Ces besoins peuvent en effet être différents, comme cela a aussi été mis en évidence dans le rapport « La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg », Université de Lausanne, mai 2009

Par contre, en ce qui concerne les adolescents, les réflexions ont été menées principalement pour ce qui concerne la consommation problématique. En effet, pour ce groupe cible, c'est plutôt ce type de consommation qui est prévalent par rapport à la dépendance.

3.5. Epidémiologie et tendances

Dans ce chapitre sont résumées les principales données épidémiologiques relatives à la consommation de drogues illégales et alcool.

3.5.1. Drogues¹³

Si l'on considère l'ensemble de la population de 15 à 39 ans habitant la Suisse, seule une minorité a consommé des drogues une fois dans sa vie. En ce qui concerne des substances telles que l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy, la proportion est de moins de 4 %.

Le cannabis est la drogue illégale dont l'usage est le plus répandu en Suisse. En 2007, environ un cinquième de la population suisse âgée de 15 ans et plus a consommé au moins une fois du cannabis au cours de sa vie (prévalence à vie). En ce qui concerne les jeunes de 15 à 19 ans, 30.1% des jeunes hommes et 16.7% des jeunes femmes disaient avoir au moins une fois dans leur vie consommé du haschisch ou de la marijuana. Dans cette tranche d'âge, la proportion des personnes ayant au moins une expérience avec le cannabis était en légère diminution ces derniers dix ans.

Selon les résultats de l'Enquête suisse sur la santé en 2007, 3.4% de la population âgée de 15 ans et plus, avaient une « consommation actuelle », c'est-à-dire consommaient du cannabis au moment de l'Enquête.

La proportion des personnes qui « avaient fumé du cannabis au moins une fois par semaine » a diminué: de 1.7% en 2002 à 1.3% en 2007 (population générale). Dans la tranche d'âge des 20 à 24 ans, où l'on trouve la plus grande proportion de celles et ceux qui consomment au moins une fois par semaine du cannabis, le pourcentage était de 5.0% en 2007 contre 6.4% en 2002.

Environ 65 % des personnes toxicodépendantes sont en traitement et la grande majorité d'entre elles suivent un traitement à la méthadone. L'application à grande échelle de ce traitement et les mesures de réduction des risques ont largement contribué à la diminution du nombre de décès. La situation sanitaire de ces personnes ne demeure pas moins critique. Ainsi, la polyconsommation pose de plus en plus de problèmes. En outre, certaines personnes continuent à partager des seringues, encourageant ainsi le risque de contracter certaines maladies. Si le taux d'infection par le VIH s'est stabilisé entre 5 et 15 %, l'hépatite ne cesse de se répandre et certaines études démontrent que pratiquement toutes les personnes toxicodépendantes sont infectées par le virus de l'hépatite C. La plupart des personnes qui recourent à l'aide des services spécialisés ont une longue « carrière de toxicomanes » derrière elles. Beaucoup d'entre elles souffrent en outre de différentes maladies, souvent psychiques. Si 10 % seulement de ces personnes n'ont pas de logement, la majorité d'entre elles sont sans travail.

¹³ « La politique suisse en matière de drogue ». Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011, Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2006
Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), « D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives », Verlag Hans Huber, Bern, 2006
Addiction Info Suisse, <http://www.sucht-info.ch/>

Dans la plupart des cas, elles vivent de l'aide sociale. Le revenu lié à des activités illégales est par contre plus rare et la prostitution pour financer l'acquisition de drogue a également diminué. On constate en revanche que la réinsertion professionnelle est difficile, même pour des personnes stabilisées.

Evolution de la consommation

Plusieurs tendances sont constatées en ce qui concerne les types de consommation.

Substances consommées: Alors que la consommation d'héroïne stagne¹⁴, la consommation de cocaïne et la multiconsomption¹⁵ sont en progression. Selon des études effectuées dans les structures à bas seuil, les personnes concernées sont encore 15% à consommer exclusivement de l'héroïne. De nombreuses structures sont confrontées plus fréquemment à la violence et aux agressions liées à la consommation de cocaïne. A ce jour, ni la réduction des risques ni la thérapie n'ont de réponse satisfaisante au problème de la cocaïne.

Modes de consommation: Autrefois principalement injectées, l'héroïne et la cocaïne sont de plus en plus fréquemment consommées sous d'autres formes, notamment fumées et inhalées. Les offres de réduction des risques et de thérapies ne sont pas suffisamment adaptées à ces nouvelles formes de consommation.

Lieux de consommation: Pour les adolescents et les jeunes adultes, la consommation de drogues récréatives restera un problème dans les années à venir. Les consommateurs n'ont pas encore suffisamment conscience de ce problème. Par ailleurs, on risque d'assister à un mélange d'une partie du milieu des soirées « techno » avec celui des drogues dures.

Evolution du profil des consommateurs

L'âge, le sexe, l'origine ainsi que les problèmes psychiques constituent des difficultés supplémentaires pour les consommateurs. Dans le futur, l'aide aux personnes toxicodépendantes devra tenir compte des évolutions suivantes:

Jeunes: Chez les jeunes, la consommation croissante d'alcool et de cannabis est problématique. Les demandes de traitement se multiplient auprès des structures de traitement destinées aux jeunes. Les offres de conseil et de traitement spécialisées sont encore trop rares dans ce domaine.

Vieillesse des personnes dépendantes: Le nombre de personnes dépendantes plus âgées ayant déjà fait plusieurs séjours résidentiels et bénéficié de divers programmes ambulatoires de substitution augmente. Beaucoup doivent être considérées comme des cas de dépendance chronique. Avec l'âge, d'autres maladies viennent s'ajouter au problème, notamment chez les personnes infectées par le VIH et les virus de l'hépatite. L'objectif thérapeutique classique, l'abstinence, se heurte ici à ses limites. Ces personnes doivent bénéficier d'une substitution et d'un traitement à long terme, qui peut dans certains cas durer jusqu'à la fin de leur vie. L'aide aux personnes toxicodépendantes sera confrontée au problème de l'âge d'ici dix ans. Les offres spécifiques pour les personnes dépendantes âgées n'existent pas et les autres offres (maisons de retraite, soins de longue durée, aide et soins à domicile) ne sont pas adaptées à leurs besoins.

¹⁴ A ce sujet, il faut remarquer que des acteurs du terrain fribourgeois et vaudois observent, depuis une année, à un nouvel attrait pour l'héroïne par des adolescents et jeunes adultes.

¹⁵ Fait de consommer à la fois plusieurs substances psychoactives, alcool compris.

Genre: Il existe, tant dans le domaine de la thérapie que dans celui de la réduction des risques, quelques offres spécifiques (destinées notamment aux femmes). A l'heure actuelle, les spécialistes cherchent à définir des stratégies spécifiques au genre dans des structures mixtes (hommes-femmes). Bien que les professionnels soient unanimes quant aux besoins, aux objectifs et à l'utilité de telles offres, leur mise en œuvre concrète s'avère encore difficile.

Parentalité: Souvent, le problème de la dépendance touche deux voire trois générations. Les parents dépendants sont tiraillés entre leur rôle parental et leur consommation de substances psychoactives et les enfants entre le mutisme et le sentiment ou la nécessité d'assumer la responsabilité de leurs parents et de se prendre eux-mêmes en charge. Trop peu d'offres thérapeutiques prennent en compte cette problématique parents-enfants sur le plan conceptuel et professionnel.

Origine: La dépendance chez les personnes migrantes est également reconnue comme un risque particulier. En raison des différences culturelles et des barrières linguistiques, ces personnes ont plus difficilement accès au système d'aide. Des modèles applicables au plan national nous manquent pour répondre à ces situations.

Problèmes psychiques: Le problème des doubles diagnostics chez les personnes dépendantes est reconnu depuis quelques années. Cette combinaison complexe entre maladie psychique et consommation de substances psychoactives place les différents professionnels devant un nouveau défi. La tendance à la réduction de la durée des séjours en établissement psychiatrique le rend plus épineux encore.

Selon une revue de la littérature faite dans le cadre du projet de coordination¹⁶, il a été estimé que 0.5% de la population adulte du **canton de Fribourg** consomme au moins une fois par jour d'autres drogues que l'alcool ou le cannabis, soit environ 1'400 personnes.

3.5.2. Alcool¹⁷

La **consommation d'alcool problématique** a plusieurs visages ; parfois, elle est aussi qualifiée d'« abusive », d'« excessive » ou de « risquée ». Elle apparaît sous les formes suivantes, parfois combinées :

- > Ivresse ponctuelle (consommation excessive épisodique)
- > Consommation d'alcool chronique (consommation excessive régulière)
- > Consommation d'alcool inadaptée à la situation

En Suisse, plus d'un demi-million de personnes boivent à des occasions répétées (épisodiquement) trop d'alcool, une partie d'entre elles le faisant chroniquement. En chiffres absolus, les ivresses ponctuelles sont le fait d'un nombre à peu près identique dans toutes les catégories d'âge allant de 15 à 44 ans. A un âge plus avancé, la proportion des personnes s'enivrant occasionnellement

¹⁶ « Prise en charge 'bas seuil' et 'intermédiaire' des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de la littérature », FERARIHS, mars 2009

¹⁷ Programme National Alcool 2008 – 2012, Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2008 ; La santé dans le canton de Fribourg, Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007, Direction de la santé et des affaires sociales du Canton de Fribourg en collaboration avec l'Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2009

diminue. En outre, cette manière de boire est plutôt masculine, mais elle commence à augmenter chez les femmes.

La proportion des moins de 16 ans qui ont déjà été ivres au moins deux fois dans leur vie a augmenté significativement au cours des années 90. Si cette tendance inquiétante a pu être freinée quelque peu à partir de 2002, il se trouve qu'aujourd'hui encore, plus d'un quart des garçons et près d'un cinquième des filles de 15 ans ont déjà vécu deux « cuites » ou plus, une part considérable à 13 ans déjà, voire encore plus tôt.

Selon l'Enquête suisse sur la santé 2007, dans le canton de Fribourg, 14,2% des personnes boivent de l'alcool chaque jour, 44,2% au moins une fois par semaine et 41,7% plus rarement ou jamais. La part des personnes buvant rarement ou jamais est près de deux fois plus élevée chez les femmes (54,0%) que chez les hommes (28,7%). De plus, la part des personnes buvant chaque jour est plus élevée chez les hommes (18,1%) que chez les femmes (10,5%). Les proportions dans le canton de Fribourg par niveau de consommation se situent entre la Suisse alémanique et la Suisse romande – et dans la moyenne suisse. La fréquence de la consommation d'alcool augmente avec l'âge, mais la part des personnes qui boivent rarement ou jamais s'accroît après 65 ans. Depuis 1992, la part des personnes qui consomment de l'alcool quotidiennement a diminué de 22,9% à 14,2% dans le canton de Fribourg. Entre 2002 et 2007, le pourcentage des Fribourgeoises et des Fribourgeois abstinents est passé de 24,2% à 16,5%.

En Suisse, on estime à 260 000 les personnes de 15 à 75 ans qui boivent de l'alcool de manière chronique¹⁸, dont près deux tiers (155 000 personnes) connaissent en même temps des ivresses ponctuelles et sont donc considérées comme « cumulant les risques ». La consommation chronique augmente notablement avec l'âge et est particulièrement répandue chez les plus de 50 ans. Les hommes ont nettement plus tendance à pratiquer une consommation problématique : les quatre cinquièmes environ des consommateurs réguliers de grandes quantités sont en effet des hommes.

Pour le **canton de Fribourg**, au prorata, on peut estimer à **9'000** le nombre de personnes qui boivent de l'alcool de manière chronique.

La consommation inadaptée prenant des formes extrêmement diverses, il n'est pas possible de les décrire toutes. En voici quelques exemples:

- > *Consommation et circulation routière* : en 2006, en Suisse, le permis de conduire a été retiré à 18'600 personnes pour conduite en état d'ivresse (0,8 pour mille ou plus), 6295 contraventions (entre 0,5 et 0,8 pour mille) venant s'y ajouter.
- > *Consommation sur le lieu de travail* : dans les entreprises, on estime qu'au moins 5 % des collaborateurs (soit environ 200'000 personnes en Suisse) ont des problèmes d'alcool importants.

¹⁸ Le terme de « consommation chronique » désigne une consommation régulière qui, en raison de la fréquence et de la quantité, ne peut plus être qualifiée de consommation peu problématique. Selon les actuels standards internationaux, la consommation d'alcool chronique commence à 20 grammes d'alcool pur (soit environ 2 verres standard) par jour (de manière systématique) en moyenne pour les femmes et de 40 grammes systématiques par jour (soit environ 4 verres standard) pour les hommes. Les personnes qui boivent de l'alcool de manière chronique ne sont pas comprises dans les personnes alcoolodépendantes.

- > *Consommation lors d'activités sportives* : durant la période d'effort ou de récupération, l'alcool constitue un risque considérable pour la santé et peut entraîner, entre autres, des blessures, des collapsus circulatoires ou des insuffisances cardiaques. De plus, dans les sports d'équipe, le risque de blessures augmente notablement.
- > *Consommation lors de la grossesse* : chaque année en Suisse, environ 5000 enfants à naître sont exposés à des dommages dus à une consommation excessive d'alcool par leur mère ; cela correspond à environ 7,5% des enfants nés vivants.
- > *Consommation d'alcool et de médicaments conjointement* : de nombreux médicaments sont peu ou pas compatibles avec l'alcool et, en cas de maladie, la consommation d'alcool est préjudiciable au processus de guérison. Compte tenu de la consommation largement répandue de médicaments (notamment chez les personnes âgées), cette forme de consommation inappropriée est fréquente.

On estime qu'en Suisse, il y a près de 300'000 personnes **alcoolodépendantes** ou courant un risque important de le devenir, dont plus de deux tiers sont des hommes (ACT-INFO 2006). En appliquant les critères de l'OMS, l'alcoolodépendance est la maladie la plus souvent diagnostiquée chez les hommes hospitalisés dans notre pays. Elle est supérieure à la moyenne chez les hommes et les femmes de 40 à 55 ans (OFS 2004).

Pour le **canton de Fribourg**, au prorata, on peut estimer à **10'000** le nombre de personnes alcoolodépendantes.

3.5.3. Médicaments¹⁹

Les résultats tirés de l'Enquête suisse sur la santé de 2007 montrent qu'il y a dans quasi toutes les tranches d'âge de la population une proportion plus élevée de femmes que d'hommes à faire quotidiennement usage de médicaments tels que les tranquillisants, les somnifères et les analgésiques.

Dans la tranche d'âge des 75 ans et plus, l'on observe que 17% des femmes ont eu quotidiennement recours à un analgésique, et 17% à un somnifère dans les 7 jours précédant l'enquête. Pour les tranquillisants, ce pourcentage était de 6%. L'usage plus important de somnifères et d'analgésiques, mais également de tranquillisants chez les personnes âgées est probablement dû en grande partie au fait qu'elles sont plus affectées par des maladies chroniques et de fréquentes insomnies.

Selon la dernière enquête, la proportion des hommes utilisant chaque jour des somnifères augmente dans les groupes d'âge à partir de 35 ans, tandis qu'il n'y a pas de tendance linéaire pour la prise journalière d'analgésiques ou de tranquillisants. Cependant, l'on peut observer une forte augmentation quant à la prise quotidienne d'analgésiques et de tranquillisants chez les hommes entre 55 et 64 ans. Une explication possible serait que les hommes se trouvant à quelques années de la retraite essaient de combattre une performance décroissante ainsi que le stress et des ennuis de santé en augmentation par une prise accrue de ce type de médicaments.

¹⁹ Tiré du site de AIS – Addiction Info Suisse www.sucht-info.ch

90.8% des médicaments de ce genre pris chaque jour ont été prescrits par un médecin. L'usage régulier et prolongé de certains somnifères et tranquillisants (en particulier les benzodiazépines), même à petites doses, peut conduire à une dépendance.

En 2010, 12% des clientes et clients admis par les institutions résidentielles spécialisées dans le traitement des problèmes liés aux substances légales avaient les médicaments psychotropes pour principal problème ou pour problème secondaire. Il s'agissait le plus souvent des benzodiazépines (somnifères et tranquillisants). Cette part est inférieure à celle enregistrée les années précédentes.

3.6. Le coût des dépendances en Suisse

Dans ce chapitre sont résumés les coûts sociaux de l'abus d'alcool et de la consommation de drogues illégales en Suisse tels qu'ils ont été calculés par l'Institut de recherches économiques et régionales de l'université de Neuchâtel²⁰.

Les coûts sont répartis en trois grandes catégories : coûts directs, coûts indirects et coûts humains. L'ensemble de ces coûts est appelé « coût social ».

Les chiffres suisses sont présentés ici accompagnés d'un prorata de 3.5% afin de donner un ordre d'idée des coûts relatifs au canton de Fribourg (prorata nombre habitants²¹). Il s'agit bien entendu d'une estimation. En ce qui concerne le domaine de la prise en charge résidentielle et du traitement de substitution à la méthadone, une comparaison avec les coûts réels permet néanmoins de confirmer une similitude dans les chiffres.

3.6.1. Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse

Le tableau suivant résume les coûts globaux :

Catégorie de coût	Définition	Suisse (année 2000)	Fribourg (indicatif, prorata 3.5% CH)
Coûts directs	Il s'agit des atteintes à la santé et les dommages matériels qu'il faut traiter ou réparer (traitements médicaux et hospitaliers, politique de la drogue, ...)	1.4 mia	49 mio

²⁰ C. Jeanrenaud, G. Widmer, S. Pellegrini, Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse, Université de Neuchâtel, 2005 ; C. Jeanrenaud, F. Priez, S. Pellegrini, H. Chevrou-Séverac, S. Vitale, Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse, Université de Neuchâtel, 2003

²¹ Il s'agit du pourcentage arrondi vers le haut de la population fribourgeoise en 2000 (241'706 selon le Service de la statistique du canton de Fribourg) par rapport à la population suisse pour la même année (7'204'000 selon l'Office fédéral de la statistique). Pour l'année 2009, ce pourcentage est de 3.6%.

Coûts indirects	Il s'agit des effets de la toxicomanie sur l'aptitude au travail et la productivité (décès prématurés, maladie, suivi d'une thérapie, peine privative de liberté)	2.3 mia	80 mio
Coûts humains	Il s'agit de la perte de qualité de vie des personnes dépendantes et la souffrance des proches	0.4 mia	14 mio
Coût social		4.1 mia	143 mio

Les coûts directs peuvent être détaillés de la manière suivante :

	Suisse (année 2000) en millions de frs	Fribourg (indicatif, prorata 3.5% CH), en millions de frs
Traitements médicaux et hospitaliers	146.3	5.1
> Traitements chez les médecins et médicaments sur ordonnance	> 48.4	> 1.7
> Traitements stationnaires (hôpitaux soins généraux et psychiatriques)	> 97.9	> 3.4
Politique de la drogue²²	1225.8	42.9
1. Prévention et recherche	53.2	1.9
2. Thérapie de la toxicodépendance		
> Institutions résidentielles	175.3	6.1
> Traitements ambulatoires		
> Prescription médicale d'héroïne	> 18.1	> 0.63 ²³
> Traitements à la méthadone	> 120.8	> 4.2

²² Des quatre piliers de la politique de la drogue (prévention, thérapie, réduction des risques, répressions), la répression absorbe 2/3 des ressources (C. Jeanrenaud, G. Widmer, S. Pellegrini, op. cit.).

²³ Au cas-où elle existerait dans le canton, ce qui n'est actuellement pas le cas

3. Réduction des risques et aide à la survie > Offres de soins à bas seuil	> 60.0	> 2.1
4. Répression	798.4	28
> Corps de police	> 521.8	> 18.3
> Autres unités de police	> 25.2	> 0.9
> Justice	> 19.4	> 0.7
> Etablissements pénitentiaires	> 181.7	> 6.4
> Autres institutions de droit pénal	> 47.7	> 1.7
> Patronage	> 2.5	> 0.1
Coût direct du VIH/sida	40.3	1.4
Total	1412.4	49.4

Les coûts indirects, qui s'élèvent à **80 mio** pour le canton de Fribourg, correspondent à la valeur de la production non réalisée en raison de la surmortalité et des atteintes à la santé que provoque l'usage des drogues. La consommation de drogues illégales est en effet à l'origine de décès prématurés, d'invalidités et d'incapacités de travail pendant des périodes très longues.

Les coûts humains, qui s'élèvent à **14 mio** pour le canton de Fribourg, représentent la perte de qualité de vie des personnes atteintes dans leur santé en raison de l'usage de drogues illégales, de même que la perte de qualité de vie des proches. Ces coûts ne sont estimés que pour les consommateurs dépendants à l'héroïne et (ou) à la cocaïne.

Une enquête auprès d'un échantillon de la population suisse a montré qu'une famille type, confrontée à une situation dans laquelle l'un de ses enfants serait dépendant de la drogue, consentirait à un sacrifice de niveau de vie de l'ordre de 13 000 francs en moyenne par année afin que l'enfant puisse bénéficier d'un traitement efficace. Ce montant reflète la souffrance et la douleur des familles directement touchées par la toxicomanie.

3.6.2. Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse

De manière analogue, le coût social de l'abus d'alcool en Suisse est réparti dans les trois mêmes catégories.

Catégorie de coût	Définition	Suisse (année 1998)	Fribourg (indicatif, prorata 3.5% CH)
Coûts directs	Il s'agit des ressources que la société consacre aux soins médicaux ou à la réparation des dégâts matériels	0.726 mia	25 mio

Coûts indirects	Il s'agit de la perte de capacité productive actuelle et future provoquées par une consommation nocive d'alcool	1.465 mia	51 mio
Coûts humains	Il s'agit de la perte de qualité de vie des personnes touchées directement ou indirectement par un problème d'alcool	4.289 mia	150 mio
Coût social		6.480 mia	226 mio

Il n'est pas possible de faire un tableau analogue basé sur les 4 piliers comme pour le coût de la consommation de drogues illégales.

Par contre, la répartition des **coûts de traitement** peut être faite de la manière suivante :

	Suisse, en millions de frs	Fribourg (indicatif, prorata 3.5% CH), en millions de frs
Médecins de premier recours	123.9	4.3
Traitements hospitaliers	382.2	13.4
Institutions résidentielles	47.5	1.7
Total	553.6	19.4

Plusieurs des auteurs qui se sont intéressés aux coûts de la consommation de drogues ont cherché à distinguer les **coûts évitables** des **coûts non évitables**. Les premiers sont ceux qu'une **politique de santé et des programmes efficaces** pourraient conjurer. Les seconds comprennent d'abord les coûts que l'on ne peut réduire à court terme en raison d'un long délai entre l'exposition au produit et ses effets sur la santé.

L'estimation des coûts évitables est possible pour des substances comme le tabac et l'alcool. **62% des coûts de l'alcool et 45% des coûts du tabac pourraient être évités par la mise en oeuvre d'une politique de prévention appropriée**, selon une étude australienne (Collins et Lapsley 2002). Une telle estimation est difficile pour les drogues illicites en raison du manque de données.

3.7. Le dispositif fribourgeois de prise en charge des personnes souffrant d'addiction

Dans ce chapitre est résumée l'offre actuelle de prise en charge de personnes souffrant d'addiction dans le canton de Fribourg. Dans l'annexe 1, ces prestations sont décrites de manière plus approfondie, avec des informations supplémentaires (prestations spécifiques, budgets, taux d'occupation, ...).

Le dispositif cantonal dispose de prestations sociales de prise en charge résidentielles et ambulatoires, dans le domaine du traitement et dans celui de la réduction des risques. Le dispositif comprend des prestations médicales stationnaires aussi bien qu'ambulatoires.

Les principaux fournisseurs de prestations sont :

- > La Fondation Le Tremplin, qui a pour but la prise en charge de toute personne en difficultés, à la suite de problèmes liés à la toxicomanie et ce principalement en vue d'une réinsertion socioprofessionnelle. La Fondation a plusieurs secteurs d'activités.
- > La Fondation Le Torry, qui est un centre de traitement des dépendances spécialisé en alcoologie.
- > L'association Le Radeau, qui gère un centre d'accueil s'adressant à toute personne concernée par les comportements addictifs, en particulier par l'abus de drogues, d'alcool et de médicaments.
- > L'association REPER, qui a pour but de contribuer à la promotion de la santé et de développer toutes mesures utiles à la prévention des dépendances et des situations à risques. Elle s'adresse à un large public, tout en privilégiant son action auprès des jeunes.
- > La Suchtpräventionsstelle, qui a pour mandat d'initier, soutenir ou accompagner des projets de promotion de la santé et de prévention des addictions dans la partie alémanique du canton.
- > Le Réseau fribourgeois de soins en santé mentale, avec :
 - > la chaîne des addictions, qui est le service public d'addictologie adulte du canton et qui est composée du Centre de traitement des addictions – ambulatoire – de Fribourg et de Bulle et de l'unité Thalassa – stationnaire – du Centre de soins hospitaliers de Marsens ;
 - > la chaîne de l'adolescence, qui a pour mission la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique ambulatoire et stationnaire de la population âgée de 13 à 18 ans du canton de Fribourg.
- > L'hôpital fribourgeois HFR, qui propose des prestations de sevrage et d'urgences.
- > Des médecins installé-e-s et des pharmacies.
- > Le centre d'accueil de nuit « la Tuile » et de jour « Banc public », Foyer de la Sapinière.

A noter en outre que, chaque année, environ 20 garanties de prise en charge financière sont octroyées pour des prises en charge extra-cantoniales.

4. Besoins recensés dans le domaine de la prise en charge

Dans ce chapitre sont résumés les besoins concernant la prise en charge qui ont été mis en évidence dans le cadre du projet de coordination et qui ont servi de base pour l'élaboration des propositions d'amélioration.

Ce chapitre est divisé en trois parties :

- > Résumé du rapport « La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg »²⁴, Université de Lausanne, mai 2009. Ce rapport a été réalisé sur mandat de la Direction de la santé et des affaires sociales.
- > Résumé des pistes de réflexion du rapport « Prise en charge 'bas seuil' et 'intermédiaire' des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de la littérature », FERARIHS, mars 2009²⁵. Ce rapport a été réalisé sur mandat du Service du médecin cantonal (cofinancé par Infodrog²⁶, Berne)
- > Résumé des « Autres besoins » (informations provenant des membres du groupe et des sous-groupes de projet, du projet pilote d'indication (cf. chapitre 5.2), d'échanges avec des membres du réseau spécialisé et non, rapports de projets divers.

4.1. **Résumé du rapport « La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg ». Université de Lausanne, mai 2009**

Dans ce chapitre, sont résumées (en gras) les propositions faites par les auteurs de l'étude, les constats/conséquences relatives et les éventuelles propositions d'amélioration.

- > **Constituer un système d'information cantonal pour acquérir une connaissance quantitative plus complète, plus fiable et plus coordonnée de la dépendance.**

Constats / conséquences

- > Dispersion des sources d'information et coordination statistique insuffisante des institutions en charge des populations dépendantes (questionnaires non harmonisés en termes de contenu) ; Quasi-impossibilité de mener des analyses longitudinales des trajectoires individuelles ; Invisibilité d'une partie des populations dépendantes (pas de recensement systématique dans certains cas ou agrégation des données) ; communication déficiente en raison de moyens matériels et personnels insuffisants.
- > Impossibilité d'améliorer et d'adapter le dispositif et les concepts sur une base quantitative

²⁴ Ce rapport (en français seulement) est téléchargeable du site :

http://www.fr.ch/smc/fr/pub/drog_alco_tab_dependances.htm

²⁵ Ce rapport (français et allemand) est téléchargeable du site :

http://www.fr.ch/smc/fr/pub/drog_alco_tab_dependances.htm

²⁶ Centrale nationale de coordination des addictions, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique

- > **Sensibiliser des acteurs potentiels (médecins de premier recours, médecins scolaires, médecins du travail, travailleurs sociaux et éducateurs) à l'importance de la prévention secondaire et de l'intervention précoce ainsi que renforcer leurs compétences (acteurs jeunes et adultes).**
Développer des réseaux de compétences entre les structures ambulatoires et les acteurs non spécialisés de la prévention secondaire.

Constats / conséquences

- > Les acteurs les mieux placés pour un travail de repérage des comportements d'usage à risques (les médecins de premier recours, les médecins scolaires, les médecins du travail, les travailleurs sociaux et les éducateurs) maîtrisent de façon très inégale les techniques relatives à l'intervention précoce et à l'entretien motivationnel.
- > Les personnes ne sont pas détectées et prises en charge suffisamment tôt

Propositions d'amélioration par les auteurs de l'étude :

- > Formation, information, rôle de « dispositif ressource » du réseau spécialisé, supervisions, intervisions, ...
 - > MeDroTox ; « Classeur fribourgeois MedRoTox »
 - > Rond-Point
 - > Addictologie de liaison
- > **Créer des structures (places, ...), autonomes par rapport à l'offre destinée aux adultes, pour accueillir des adolescents et jeunes adultes en phase de consommation.**

Constats / conséquences

- > Absence de ce type de prestation

> **Améliorer la prise en charge somatique et sociale du dispositif « bas seuil »²⁷ ; mettre en place une offre de traitements de substitution «à bas seuil »**

Constats / conséquences

- > Absence de soins somatiques de base dans le dispositif « bas seuil ». Les usagers se retrouvent à l'HFR, prison, Thalassa avec de problèmes somatiques parfois graves.
- > Absence d'inscription d'une partie de la population dépendante au sein de la chaîne de soins.
- > Suivi de traitements de substitution auprès de médecins privés ainsi que de pharmaciens d'un certain nombre de patients du CTA moins stabilisés et plus marginalisés
- > Déséquilibre, au sein de l'encadrement des structures ambulatoires de la Fondation du Tremplin, entre professionnels d'une part, stagiaires (en début, en cours ou en fin de formation selon les cas) et « civilistes » d'autre part, au détriment des premiers.
- > Risques liés à l'absence d'un dispositif bas seuil : augmentation du nombre d'injections avec risques d'infections, VIH, hépatites, overdoses, etc. ; marché noir, délinquance, prostitution

Propositions d'amélioration par les auteurs de l'étude :

- > Local de consommation
- > Programmes de distribution d'héroïne
- > Offre de soins de santé de base, multidisciplinaire : renforcer l'équipe du CTA, mettre en place une offre ambulatoire constituée d'une équipe mobile (rattachée au CTA, Tremplin, HFR, FriSanté, autre)
- > Collaborer avec les autres structures bas seuil (Tuile, Banc public). Les sensibiliser aux enjeux de la prévention et de la réduction des risques afin de renforcer l'accès à des consultations sanitaires et sociales.
- > Mettre en place une offre de traitement de substitution « bas seuil » : auprès du CTA ou en élargissant l'offre sociale du secteur de réduction des risques avec, en appui, une offre de liaison addictologique

²⁷ La prise en charge dite « bas seuil » - centres d'accueil, locaux de consommation et le travail hors mur - est caractérisée par le faible degré de démarches à entreprendre pour y avoir accès. Elle souhaite maintenir le contact avec la population cible et a pour objectif de réduire les dommages liés à la consommation de substances, notamment des conduites à risque pour les personnes dépendantes, grâce à des services d'hygiène, de soins et de conseils minimaux. Ces offres visent aussi le maintien de l'ordre et de la santé publique. Les centres dits « bas seuil » ne requièrent que très peu de formalités administratives. Les programmes bas seuil acceptent tout individu présentant un problème de dépendance indépendamment de son souhait de sevrage ou de sa consommation.

La prise en charge « bas seuil » ne vise pas tant le traitement en soi, que la réduction des risques liés à la consommation de substances et le maintien du contact avec les groupes cibles.

Le terme de « réduction des risques » se réfère aux projets, programmes et politiques ayant pour but de réduire les méfaits engendrés par la consommation de drogues ou d'alcool au niveau médical, social et économique aussi bien chez les usagers de substances psychoactives que pour la communauté à laquelle ils appartiennent.

- > **Mettre en place une offre de prise en charge – résidentielle, intermédiaire²⁸ et ambulatoire – qui, tant qualitativement que quantitativement, soit à même de garantir la plus grande transversalité possible des trajectoires de traitement (bio-psycho-socio-éducatif). Eventail très large balisé entre la nécessité d’une mise à l’abri et d’une protection par le recours à une privation de liberté à des fins d’assistance et la prise en charge d’un projet de réinsertion socioprofessionnel et s’inscrivant au sein d’une temporalité comprise entre le court terme et le très long terme. Les besoins au niveau de l’offre sont relatifs aux deux types de trajectoires «post crises²⁹» et «post cures³⁰».**

Constats / conséquences

- > Absence de structures semi-résidentielles ainsi que la polarisation de l’offre sur les paradigmes de l’abstinence et de la substitution ainsi qu’une trop forte polarisation de l’offre résidentielle sur « le haut seuil » (conditions d’accès ; population cible ; objectifs ; offre de prise en charge ; durée des séjours) qui ne parviennent pas à satisfaire les besoins des structures spécialisées médicales en termes de relais thérapeutique de type psycho-socio-éducatif³¹.
- > Hospitalisations à Thalassa non indiquées ainsi que celle du nombre de prolongations de séjours en dehors de toute justification médicale

Propositions d’amélioration par les auteurs de l’étude :

- > Mise en place d’un dispositif qui combinerait l’ambulatoire, le semi-résidentiel et le résidentiel.
- > Prise en charge sociale de la crise
- > Prise en charge au sein d’une structure résidentielle intermédiaire de type « bas seuil »
- > Logements protégés
- > Mise en place d’une offre d’occupation adéquate
- > Renforcement de la collaboration entre structures ambulatoires spécialisés et structures résidentielles
- > Mise en place d’une offre de liaison adossée à l’offre résidentielle et susceptible d’intervenir en cas de besoin (addictologie de liaison ; psychiatrie de liaison, etc.)
- > Intégration du médico-psychiatrique au sein des équipes thérapeutiques de l’offre résidentielle ;
- > Mise en place de protocole de collaboration entre les services orienteurs et l’offre résidentielle
- > Créer les conditions favorables à l’intervention d’acteurs clés comme les médecins de premier recours et les pharmaciens (interfaces, soutien, ...)

²⁸ Les offres dites « intermédiaires » parfois appelées « structures semi-résidentielles » telles que les centres de jour, les appartements protégés ou les logements accompagnés, permettent aux personnes dépendantes, de par leurs prestations d’accueil ou de logement à durée variable, d’améliorer la qualité de leur santé psychique, physique et sociale, d’éviter des situations de crise ainsi que d’établir et de maintenir des repères et un projet de vie.

²⁹ La notion de crise s’inscrit dans une prise en charge qui relève de la courte durée, l’objectif étant la gestion de la phase de risque et la stabilisation des patients. Les besoins des patients et les objectifs d’une prise en charge de type post-crise seront différents selon que l’on parle de situations liées à une consommation excessive ou à une crise psychiatrique — troubles du comportement.

³⁰ Ou « post sevrage »

³¹ Pendant les travaux du projet de coordination, la polarisation abstinence-substitution et la polarisation sur le « haut seuil » a été diminuée.

> **Améliorer le processus d'indication et de case management et coordonner les différents travaux en cours (RFSM, RPT, ...).**

Constats / conséquences

- > Mise en évidence de certains biais dans le cadre de la réflexion et de l'élaboration du dispositif d'indication : identification des acteurs concernés ; connaissances fragmentées des besoins au niveau de l'offre globale à mettre en place et de son organisation ; dispersion et difficultés de synchronisation des démarches sectorielles engagées (réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) ; groupe psychiatrie forensique ; groupe RPT, etc) ; mise en oeuvre de la « chaîne addiction » (CTA, Thalassa) dans le cadre du RFSM ; tentation de régler les problèmes de gouvernance interinstitutionnelle par des procédures bilatérales laissant en marge l'essence même du processus d'indication.

> **Améliorer le dépistage, la transversalité à l'issue du séjour hospitalier et l'indication au sevrage au sein de l'hôpital somatique.**

Constats / conséquences

- > Un protocole médical (séjours hospitaliers – urgences, médecine interne) prévoit une démarche selon laquelle les patients devraient faire l'objet de diagnostics systématiques par rapport aux dépendances à l'alcool. Il semble difficile actuellement de rendre effective cette disposition.
- > L'indication du recours à un hôpital somatique lors de sevrages physiques devrait être précisée. Il semblerait que trop de lits soient occupés pour des sevrages sans indication de risques au niveau somatique.
- > Absence de transversalité à l'issue du séjour hospitalier.

> **Mise en place et maintien des traitements de substitution dans les établissements fermés**
Améliorer la réduction des risques dans les établissements fermés (préservatifs, matériel stérile)

Améliorer l'accès aux données relatives aux traitements de substitution lors des incarcérations

Améliorer la prise en charge psychiatrique et celle des crises

Constats / conséquences

- > La mise en route de traitements de substitution n'est admise dans aucun des établissements fermés (prison centrale, Bellechasse, la Sapinière). A la Sapinière et la prison centrale, les traitements de substitution prescrits à l'extérieur peuvent être maintenus. Les établissements de Bellechasse prohibent tout traitement de maintenance et impose un sevrage aux détenus.
- > Le personnel médical, en particulier au sein de la prison centrale, peut être confronté à des situations au sein desquelles l'accès à l'information relative à la prescription de la méthadone n'est pas garanti.
- > Au niveau de la réduction des risques liés aux comportements d'usage de consommation, la consommation de produits psychotropes n'est pas suffisamment prise en compte au sein des établissements fermés.
- > L'offre lors de situation de crise est insuffisante.
- > L'offre de prise en charge au niveau psychiatrique apparaît comme très insuffisante.

- > Prévalence du VIH de 1.1 %, de 28.8 % pour l'hépatite B (HBV) et de 9.5 % pour l'hépatite C (HCV)³².
- > La consommation de produits psychotropes par voies intraveineuses, l'échange de seringues, de même que les relations sexuelles non protégées constituent les principaux facteurs de risque.
- > Près d'un détenu sur cinq consomme des produits addictifs en prison, des relations sexuelles non protégées ne sont pas exceptionnelles en prison.

Propositions d'amélioration par les auteurs de l'étude :

- > Intégrer les établissements fermés au sein du dispositif dépendance
- > Psychiatrie forensique

4.2. Résumé des pistes de réflexion du rapport « Prise en charge 'bas seuil' et 'intermédiaire' des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de la littérature », FERARIHS, mars 2009

Dans ce chapitre, sont exposées les propositions faites par les auteurs de l'étude, ainsi qu'un résumé explicatif de la proposition.

- > Validation des besoins sur le plan quantitatif

Faire un meilleur usage des données statistiques existant en matière d'usage de substances dans le canton de Fribourg

- > Connaître les besoins des usagers de substances et de leurs familles

A l'heure actuelle, nous ne disposons que de très peu d'informations sur l'appréciation que portent les usagers des différents services offerts dans le canton. Nous manquons également d'indications concernant le nombre de personnes en contact avec les services en comparaison au nombre total de personnes éligibles.

- > Définir les objectifs de prise en charge pour le canton

Il serait utile d'élaborer les objectifs pour le canton dans un processus impliquant un maximum d'intervenants afin d'obtenir un consensus politiquement viable

- > Coordination de la prise en charge

La prise en charge des usagers de substances nécessite souvent l'intervention de plusieurs institutions et de différents acteurs. Afin d'optimiser cette prise en charge, une coordination est souhaitable.

- > Explorer les possibilités du Disease Management

Le « Disease Management » consiste à réunir, synthétiser et coordonner les points de vue des

³² Selon une étude financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique sur l'épidémiologie infectieuse dans les prisons du canton de Vaud (2002 à 2004)

différents acteurs afin de permettre une gestion optimale de la maladie. Il permet également un meilleur aiguillage des usagers de substances lors de leur entrée dans le système de soins et de minimiser les dégâts en agissant en amont du problème

> Flexibiliser l'offre en augmentant la polyvalence des services et leur connectivité

Face aux nouvelles problématiques, il semble nécessaire de développer ou d'élargir les offres afin qu'elles puissent s'adapter aux différents profils des usagers de substances ainsi qu'aux nouveaux modes de consommation de substances psychoactives. Pour y faire face, des structures intermédiaires telles que des visites à domicile, un suivi des cas ou encore une diversification des offres de traitement permettraient de s'adapter à la situation toujours changeante.

> Stimuler la prévention ciblée

> Les usagers à faible risque : favoriser le dépistage précoce

Si les personnes à usage dépendant et à usage problématique sont facilement diagnostiquées, ceci s'avère plus compliqué en ce qui concerne les usagers à faible risque. Il conviendrait de développer des outils de dépistage précoces plus efficaces pour la population générale et celle des jeunes.

> La population générale: sensibiliser tout le réseau

Il conviendrait de sensibiliser et d'encourager tout professionnel du milieu médico-psycho-social - y compris ceux ne travaillant pas dans le milieu des dépendances - au dépistage systématique, lors d'une suspicion de consommation à risque. L'idée serait de dépister au plus tôt un éventuel ou réel problème d'usage de substances et d'intervenir ou d'orienter au plus vite la personne vers le service le plus approprié à ses besoins afin qu'il développe un usage compétent. Ceci impliquerait aussi un contact régulier avec la police.

> Les jeunes usagers : combler les lacunes

Les jeunes, et particulièrement les jeunes hommes, ne disposent que de très peu d'offres adaptées à leurs besoins et à leurs modes de consommation. Il serait sûrement bénéfique d'organiser davantage d'interventions en milieu festif.

> Les jeunes usagers: intensifier le travail de proximité

> Les femmes : concevoir des offres spécifiques

Les femmes sont encore très peu représentées dans certaines structures telles que celles à bas seuil d'accessibilité. Les études d'évaluation ont permis de démontrer l'efficacité des prises en charge leur étant spécialement consacrées. Il serait dès lors opportun de créer plus de moments et d'espaces spécialement conçus pour les femmes

> Les usagers d'alcool : diversifier l'offre

Les prises en charge des usagers d'alcool semblent également manquer de variété. Il semble nécessaire de développer de nouveaux programmes plus adaptés à ces différents types d'usagers. Le Torry a d'ailleurs mis en place un projet pilote de consommation contrôlée d'alcool.

> La population vieillissante d'usagers dépendants : augmenter le nombre de structures bas seuil

Quant à la population vieillissante d'usagers de substances qui sont souvent les usagers dépendants les plus marginalisés, il conviendrait de créer des structures qui ont déjà fait leurs preuves en matière de réduction des risques telles qu'un local d'injection ou de nouvelles équipes de travailleurs de proximité ou des équipes de soins mobiles. Il semble également nécessaire de mettre en place de nouvelles structures de type bas seuil et intermédiaire qui, bien que rarement évaluées, permettent de garder un lien avec cette population.

> Les usagers par injection : multiplier l'accès aux seringues stériles

La distribution de seringues semble, de manière générale, manquer à certaines heures. On pourrait également installer d'autres distributeurs de seringues comme, par exemple, à Bulle ou à Morat, afin d'étendre la possibilité de s'en procurer aux heures du soir et de la nuit.

> Les usagers dépendants marginalisés : intégrer un programme de prescription d'héroïne

On pourrait envisager de mettre en place un programme de prescription d'héroïne dans le canton de Fribourg afin que les usagers les plus marginalisés et étant en échec avec d'autres traitements de substitution à la méthadone ou avec des traitements orientés vers le sevrage profitent également d'une prise en charge.

> La population inconnue des services de soins : développer de nouvelles stratégies

A l'heure actuelle, il semble nécessaire de développer une stratégie pour accéder aux écoliers, apprentis, jeunes professionnels et étudiants qui font un usage de cannabis et d'alcool et qui sont souvent en difficulté scolaire ou professionnelle. Des efforts devraient également être mis en œuvre pour atteindre la population usagère de cocaïne.

4.3. Autres besoins

Dans ce chapitre sont exposés les besoins principaux par rapport à la prise en charge qui ont été récoltés par d'autres moyens que les rapports résumés ci-dessus.

Il s'agit principalement d'informations provenant des membres du groupe et des sous-groupes de projet, du projet pilote d'indication, d'échanges avec des membres du réseau spécialisé et non, rapports de projets divers.

Il est à noter que certains de ces besoins sont déjà mentionnés dans les rapports résumés ci-dessus. Ceci est à expliquer par le fait que plusieurs personnes ayant été impliquées dans l'élaboration des rapports font également partie du groupe de projet, mais aussi que ces besoins rencontrent un réel écho auprès des réseaux.

Les besoins recensés sont les suivants :

> Maintien/suivi à domicile, pour tout groupe cible (en phase de consommation ou pas) (source : conférence des juges de paix ; projet de suivi à domicile (personnes vieillissantes et autres), Tremplin et Office familial, 2003 (25-35 usagers du Tremplin))

- > Unité médico-psychiatrique pour des personnes souffrant d'addiction qui ont besoin de soins somatiques et psychiatriques. 5 lits de soins aigus, 5 lits pour la réhabilitation. Unité gérée par des internistes et addictologues (source : groupe de projet).
- > Structure permettant l'injection sécurisée, projet. Tremplin, 2002
- > Offre de prise en charge résidentielle pour personnes souffrant d'addiction ayant atteint un stade chronique, sans projet thérapeutique ou d'abstinence, volontaires, avec consommation d'alcool et/ou drogues illégales
(source : projet d'accompagnement palliatif résidentiel l'Abri ; motion de Roche/Bulliard ; conférence des juges de paix ; la Tuile)
- > Prestations résidentielles « bas seuil » pour des personnes (tout âge) ne pouvant pas rester à domicile et pour lesquelles le cadre des institutions actuelles est n'est pas adapté (source : conférence des juges de paix)
- > Structure d'accueil résidentielle, sans consommation autorisée, très long terme pour personnes dépendantes qui présentent une inadaptation avérée aux programmes proposés par les diverses institutions spécialisées et qui ne sont provisoirement ou définitivement pas en mesure de se réintégrer dans le circuit socio-économique (source : groupe de projet)
- > Offre de prise en charge résidentielle pour mères, pères ou couples accompagnés de leurs enfants (source : groupe de projet)
- > Sensibiliser les structures pour personnes ayant un handicap psychique à la prise en charge des personnes souffrant d'addiction (source : groupe de projet)
- > Offre de prise en charge résidentielle pour personnes dépendantes, notamment à l'alcool, de plus de 65 ans (source : projet pilote d'indication)
- > Accessibilité à l'offre résidentielle pour des personnes sans papiers (source : groupe de projet)

5. Résultats et propositions

Ce chapitre décrit les résultats des travaux du projet de coordination et les décisions du Conseil d'Etat pour la suite dans les quatre domaines d'activité du projet, à savoir :

- > Prestations³³
- > Indication et case management³⁴
- > Organisation de la fondation le Tremplin, de la fondation le Torry et de l'association le Radeau³⁵
- > Structure de coordination et de pilotage³⁶

5.1. Prestations

Ce chapitre expose la démarche suivie et ses résultats concernant les propositions d'amélioration du dispositif spécialisé.

Dans un premier temps, un dispositif « théorique » de prise en charge a été élaboré sur la base des connaissances des membres du groupe de projet, de l'analyse des besoins et de la littérature.

Par la suite, ce dispositif « théorique » a été comparé à la situation actuelle dans le canton.

Cela a permis, dans une troisième étape, de faire des propositions d'amélioration du dispositif de prise en charge, de les étayer et de les soumettre au Conseil d'Etat pour décision.

5.1.1. Dispositif spécialisé « théorique » et comparaison avec le dispositif existant

5.1.1.1. Introduction

Le dispositif spécialisé « théorique » correspond à celui qui devrait exister dans le canton afin de garantir une prise en charge des personnes dépendantes optimale et correspondant au mieux aux besoins constatés.

Le paradigme de base dans lequel s'inscrit le dispositif de prise en charge souhaité est celui du modèle du cube, supporté par un référentiel biopsychosocial au sein duquel l'addiction est définie comme étant la résultante de l'interaction de trois types de facteurs suivants : somatiques, psychologiques et sociaux.

Ce faisant, la prise en compte de la dimension globale de l'addiction va définir une approche combinée et multidimensionnelle de type médico-psycho-socioéducatif.

³³ Ce domaine est en lien avec l'objectif 1 du projet « Il existe un catalogue des prestations de prise en charge (adultes et adolescents) ainsi qu'une planification concrète de sa mise en œuvre »

³⁴ Ce domaine est en lien avec l'objectif 2.1 du projet « Un processus d'indication est testé, validé et mis en vigueur »

³⁵ Ce domaine est en lien avec l'objectif 2.2 du projet « L'organisation (prestations, collaborations, structures, ...) de la Fondation le Torry, de la Fondation le Tremplin et de l'Association le Radeau est analysée et, le cas échéant, adaptée et implémentée »

³⁶ Ce domaine est en lien avec l'objectif 2.3 du projet « Il existe une structure commune, identifiable comme telle, de coordination et de pilotage du dispositif, formalisée et mise sur pieds »

La perspective intégrative de l'approche bio-psycho-socioéducative définit des structures de prise en charge fondées sur l'articulation de différents champs de compétences relatifs à une diversité de structures et d'acteurs spécialisés et non spécialisés. Les différents acteurs du dispositif sont donc amenés à mettre en réseau leurs prestations.

La prise en charge sera ainsi « intégrée » et non « parallèle » ou « séquentielle » (concept I-BPS) et le dispositif se basera sur la prééminence de la complémentarité sur la compétitivité, de la coopération sur la performance.

Au niveau de la personne, le dispositif s'appuie sur les valeurs et positions suivantes :

1. le respect de la personne et de ses choix, en fonction de ses possibilités, y compris la responsabilité de ses comportements addictifs;
2. la prise en compte de la globalité de la personne;
3. l'idée que l'addiction, même s'il s'agit d'une maladie chronique et récidivante, est imprévisible et donc l'état général de la personne concernée peut toujours évoluer, en positif ou en négatif, à tout moment de son parcours.

Le traitement veut favoriser la recherche d'alternatives et les choix autonomes, le développement des compétences sociales ainsi que l'apprentissage et la gestion des risques par les personnes concernées.

Les traitements mis en œuvre peuvent soit favoriser l'abstinence, soit soutenir activement des projets d'aide à la santé ou de réduction des risques.

5.1.1.2. Le dispositif « théorique » pour les adultes

a) L'ensemble des prestations et leur définition

Le dispositif « théorique » pour les adultes devrait être composé des prestations suivantes :

- > Prestations ambulatoires médicales et sociales
- > Prestations de liaison addictologique
- > Prestations médicales stationnaires
 - > Psychiatriques
 - > Somatiques
 - > Mixtes (somatiques et psychiatriques)
- > Prestations de réinsertion socio-professionnelle
 - > Structure résidentielle
 - > Ateliers de réinsertion
 - > Appartements protégés
- > Prestations résidentielles de crise
 - > Crise déclenchée par une situation sociale
 - > Crise déclenchée par une situation médico-légale
 - > Hébergement d'urgence
- > Prestations type « lieu de vie »
 - > Lieu de vie « abstinence »
 - > Centre de jour « abstinence »

- > Prestations conceptualisées de suivi de proximité (domicile, travail, rue, établissements publics)
- > Prestations pour les personnes en phase de consommation – réduction des risques / aide à la survie
 - > Centre de jour
 - > Atelier occupationnel
 - > Bistrot social
 - > Lieu de vie « bas seuil »

Les prestations mentionnées ci-dessus sont définies de la manière suivante :

- > **Les prestations ambulatoires médicales et sociales** consistent dans les consultations ambulatoires traditionnelles qui permettent d’apporter conseils, de proposer des soins et des thérapies et accompagnements professionnels de manière ambulatoire tout en visant l’intégration maximale de l’individu dans son milieu de vie naturel. Les personnes dépendantes ayant accès à ces offres sont, pour la plupart, stabilisées.
- > **Les prestations de liaison addictologique** consistent dans des prestations ambulatoires fournies hors du cadre institutionnel du fournisseur de la prestation. Généralement, il s’agit de prestations fournies par d’autres fournisseurs, comme les institutions stationnaires ou intermédiaires (de réinsertion socio-professionnelle, lieux de vie, de crise). Il s’agit de soutenir les autres fournisseurs avec des prestations dont ils ne disposent pas, d’assurer la continuité des soins et de soutenir les équipes de prise en charge.
- > **Les prestations médicales stationnaires** impliquent une prise en charge de jour comme de nuit. Les personnes dépendantes y séjournent pour un laps de temps variable mais déterminé. Ils s’y trouvent de manière volontaire ou non, parfois en situation de crise ou suite à une mesure judiciaire. Les objectifs principaux de la prise en charge y sont le sevrage, le sevrage partiel, le traitement des co-morbidités et l’acquisition d’une plus grande autonomie des personnes dépendantes. Elles sont de trois type en fonction des profils des patients, à savoir : psychiatriques, somatiques ou mixtes, pour les patients qui nécessitent une prise en charge somato-psychiatrique conjointe.
- > **Les prestations de réinsertion socio-professionnelle** constituent le dispositif traditionnel de prise en charge sociale des personnes dépendantes, qui vise, par ses différentes structures, la réinsertion socio-professionnelle des usagers en offrant différents degrés de prise en charge en fonction de leurs profils. La durée de la prise en charge varie du moyen au long terme et se base sur l’abstinence de produits ou médicaments non prescrits. Les appartements protégés peuvent constituer une transition entre le séjour résidentiel et l’autonomie ou le suivi à domicile.
- > **Les prestations résidentielles de crise** sont destinées à des personnes qui nécessitent une prise en charge stationnaire dans le but de faire face à une situation qui peut, sans intervention, se péjorer et diminuer les acquis. Elles ne comportent pas d’objectifs particuliers de prise en charge. Les prestations de crise déclenchée par un situation sociale, qui peuvent durer de quelques jours à quelques mois, sont destinées par exemple à des personnes qui quittent l’hôpital mais qui nécessitent encore d’une prise en charge stationnaire sociale; elles permettent de faire un bilan (période de « pause ») en vue de mettre en place une prise en charge adéquate. Elles sont également destinées à des personnes suivies en ambulatoire ou à domicile qui nécessitent une période de stabilisation et de réflexion, mais pour qui une hospitalisation ou une prise en charge résidentielle de réinsertion socio-professionnelle ne sont pas indiquées. Les prestations médico-légales sont destinées à des personnes qui se mettent en danger et qui sont dangereuses pour autrui.

- > **Les prestations type « lieu de vie abstinence »** sont destinées à des personnes pour lesquelles une prise en charge stationnaire de réinsertion socio-professionnelle n'est pas adéquate et qui ne peuvent pas être seules ni être suivies à domicile. Il s'agit d'une prise en charge stationnaire de très longue durée voire à vie. Cette prestation est destinée à des personnes qui souhaitent une prise en charge se basant sur l'abstinence de produits ou médicaments non prescrits et avec une consommation contrôlée d'alcool.
- > **Le « centre de jour abstinence »** est destiné à des personnes qui vivent à domicile, avec un appui par la prestation de suivi à domicile ou non, ou dans un lieu de vie, qui nécessitent une activité pendant la journée – mais qui ne peuvent pas forcément travailler dans un atelier – dans un contexte d'abstinence de tout produit ou médicament non prescrit, alcool y compris. Un tel centre peut aussi être adapté pour un suivi post-hospitalier. Il permet à l'utilisateur d'être à la fois suivi et soutenu tout en étant confronté à son lieu de vie. Les prestations fournies par ce centre sont de type médico-social.
- > **Les prestations médico-sociales conceptualisées de suivi de proximité**, transversales aux différents groupes cibles, ont pour but de favoriser le maintien à domicile, les soins et les interventions sociales de base dans le milieu de vie de la personne (domicile, travail, espace public, ...). Elles peuvent par exemple intervenir après un séjour résidentiel médical ou social, après une période de crise, pour une prise en charge de longue durée. Elles s'adressent également à des personnes en phase de consommation.

De manière générale, les offres dites « intermédiaires » ou « structures semi-résidentielles » telles que les centres de jour, les appartements protégés ou les logements accompagnés, permettent aux personnes dépendantes, de par leurs prestations d'accueil ou de logement à durée variable, d'améliorer la qualité de leur santé psychique, physique et sociale, d'éviter des situations de crise ainsi que d'établir et de maintenir des repères et un projet de vie. Ces prestations peuvent également permettre de diminuer le nombre de jours d'hôpital.

- > **Les prestations pour les personnes en phase de consommation – réduction des risques / aide à la survie**, qui s'adressent à des personnes souvent marginalisées, sont caractérisées par le faible degré de démarches à entreprendre pour y avoir accès. Elles ont pour objectif de maintenir le contact avec la population cible et de réduire les dommages liés à la consommation de substances, notamment des conduites à risque, grâce à des services d'hygiène, de soins et de conseils minimaux. Ces offres visent aussi le maintien de l'ordre et de la santé publiques.
- > **Le centre de jour** vise l'aide à la survie des personnes marginalisées et notamment des usagers de substances psychoactives, la prévention et la réduction des risques ainsi que la réhabilitation. Les offres proposées sont la distribution de repas et d'habits, l'accès à des douches et à la buanderie, le logement, les soins de premier recours (dispensés sur le lieu du centre mais également dans le milieu et sur d'autres structures d'accueil bas seuil), la prévention du HIV et des hépatites, l'information ou encore la remise de seringues. Le centre d'accueil de jour vise aussi à faire émerger ou à clarifier une demande de soins, à remettre un usager en contact avec le système de soins et à apporter un complément à une prise en charge existante.
- > **L'atelier occupationnel** complète l'accueil du centre de jour par une offre occupationnelle organisée dans des ateliers.
- > **Le bistrot social** s'adresse principalement à des personnes alcoolodépendantes en phase de consommation, plutôt marginalisées, refusées par des établissements publics et consommant des boissons alcooliques dans la rue ou ailleurs. La consommation de drogues illégales n'est

<p>Prestations conceptualisées de suivi de proximité (domicile, travail, rue, établissements publics, ...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> > médicale : psydom (domicile), infirmières/soins à domicile. > sociale : prestations dans le milieu par REPER (jeunes et jeunes adultes) 	<p>Lieu de vie « abstinence »</p> <p>Centre de jour « abstinence »</p> <p>Prestations conceptualisées de suivi de proximité (domicile, travail, rue, établissements publics, ...) :</p> <p>Prestations médico-sociales conceptualisées</p> <ul style="list-style-type: none"> > médicales : suivi dans le milieu, > sociales : à domicile,
<p>Centre de jour : Fondation le Tremplin – centre Au Seuil</p> <p>Atelier occupationnel : Fondation le Tremplin – Ateliers de Fribourg</p>	<p>Centre de jour : soins somatiques sur place et mobiles</p> <p>Bistrot social</p> <p>Lieu de vie « bas seuil »</p>

5.1.1.3. Le dispositif « théorique » pour les adolescents

a) L'ensemble des prestations

Le dispositif « théorique » pour les adolescents devrait être composé des prestations suivantes :

- > Prestations ambulatoires médicales et sociales
- > Prestations de liaison addictologique
- > Prestations médicales stationnaires
 - > Psychiatriques
 - > Somatiques
- > Prestations de réinsertion socio-professionnelle
 - > Structure résidentielle
 - > Ateliers d'insertion/formation
- > Prestations résidentielles de crise
 - > Crise déclenchée par une situation sociale
 - > Crise médico-légale
 - > Hébergement d'urgence
- > Prestations conceptualisées de suivi de proximité (domicile, travail, rue, établissements publics, ...)

Les prestations sont définies de manière analogue à celles pour les adultes (cf. chapitre 5.1.1.2).

De manière générale, pour les prestations de prise en charge des adolescents, le milieu de la formation (écoles obligatoires, supérieures, professionnelles, ...) doit aussi être pris en

considération.

b) Prestations non existantes

Le tableau ci-dessous met en évidence les prestations existantes et non existantes dans le canton par rapport au dispositif « théorique ».

Prestations existantes	Prestations non existantes
<p>Ambulatoire médical : RFSM, chaîne de l'adolescence</p> <p>Ambulatoire social : REPER, Service de l'enfance et de la jeunesse</p> <p>Prestations de liaison : RFSM, chaîne de l'adolescence, chaîne des addictions, chaîne de liaison</p>	
<p>Prestations médicales stationnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Psychiatrique : RFSM, centre de soins hospitaliers > Somatiques : HFR, pédiatrie et urgences <p>Prestations résidentielles de crise :</p> <p>Crise déclenchée par une situation sociale : Transit</p> <p>Crise psychiatrique : RFSM, centre de soins hospitaliers</p> <p>Crise médico – légale : RFSM, centre de soins hospitaliers</p> <p>Hébergement d'urgence : la Tuile</p> <p>Prestations conceptualisées de suivi de proximité (domicile, travail, rue,</p>	<p>Prestations de réinsertion socio-professionnelle :</p> <p>Structure résidentielle³⁷</p> <p>Ateliers d'insertion/formation</p>

³⁷ Dans certains cas, des placements hors canton sont possibles

<p>établissements publics, ...)</p> <p>> sociales : REPER, SEJ</p> <p>> médicales : Unité PsyMobile du secteur 1 du RFSM</p>	
---	--

5.1.2. Propositions d'amélioration

Les propositions relatives aux prestations de prise en charge retenues par le Conseil d'Etat et présentées dans ce chapitre se basent sur les prestations manquantes mises en évidence, en faisant la comparaison entre le dispositif « théorique » et le dispositif actuel ; elles se fondent également sur les constats et besoins résumés dans le chapitre 4.

5.1.2.1. Adultes

Une analyse de l'appréciation du degré de nécessité d'introduire les prestations non existantes a permis de dégager les prestations qui sont jugées « indispensables » et celle considérées « nécessaires ». Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau qui suit :

Appréciation du degré de nécessité d'introduire les prestations pour adultes actuellement non existantes :

Prestations non existantes	Indispensable	Nécessaire
Prestations de liaison addictologique		X
Prestation médicale stationnaire mixte (somatique et psychiatrique)	X	
Prestation résidentielle de crise déclenchée par une situation sociale	X	
Lieu de vie « abstinence »		X
Prestations conceptualisées de suivi de proximité (domicile, travail, rue, établissements publics, ...)	X	
Centre de jour (phase de consommation) avec soins somatiques	X	
Bistrot social		X
Lieu de vie « bas seuil »	X	

Centre de jour « abstinence »		X
-------------------------------	--	---

Les prestations jugées « indispensables » sont les suivantes :

I1. Prestations médicales stationnaires mixtes (somatique et psychiatrique)

I2. Prestations résidentielles de crise déclenchée par une situation sociale

I3. Prestations conceptualisées de suivi de proximité

I4. Centre de jour avec soins somatiques

I5. Lieu de vie « bas seuil »

Ces prestations doivent toutes être introduites en complément aux prestations actuelles.

Ces prestations sont considérées comme indispensables pour les raisons suivantes :

- > elles comblent un manque dans la continuité de la prise en charge
- > elles permettent de diminuer le phénomène d'échappement des personnes actuellement prises en charge, assurant ainsi une meilleure efficacité de la prise en charge
- > elles augmentent l'accessibilité aux prestations du réseau des addictions

Du point de vue économique, la mise sur pied de ces prestations permet une diminution des coûts sociaux liés aux dépendances (cf. chapitre 2.6 ci-dessus).

Les prestations jugées « nécessaires », qui permettent d'améliorer la qualité du dispositif de prise en charge, sont les suivantes :

Prestations	Arguments
N1. Prestations de liaison addictologique	<ul style="list-style-type: none"> > Amélioration de l'intervention précoce auprès de la population débutant dans l'addiction par le soutien des équipes des institutions non spécialisées > Continuité de la prise en charge > Maintien de l'utilisateur dans des structures non spécialisées
N2. Bistrot social	<ul style="list-style-type: none"> > Amélioration de l'état de santé de la population alcoolodépendante marginalisée > Diminution de la consommation dans les lieux publics > Amélioration de l'intégration sociale des usagers > Atteinte d'une partie de la population dépendante vieillissante

	> Accès aux soins
N3. Lieu de vie « abstinence »	<ul style="list-style-type: none"> > Diminution des prises en charge « réinsertion » non adaptées > Diminution des hospitalisations somatiques et psychiatriques non indiquées du point de vue médical > Diminution des placements hors canton et maintien des usagers dans le réseau fribourgeois, ce qui permet une meilleure cohérence et souplesse de la prise en charge > Atteinte d'une partie de la population dépendante vieillissante
N4. Centre de jour « abstinence »	<ul style="list-style-type: none"> > Transfert de prises en charge du résidentiel vers l'ambulatoire > Diminution des prises en charge « réinsertion » non adaptées > Diminution des hospitalisations somatiques et psychiatriques non indiquées du point de vue médical > Mise en place d'une intense collaboration intégrée

5.1.2.2. Adolescents

Pour les adolescents, l'analyse a montré (cf. ch. 5.1.1.3 b ci-dessus) que le dispositif actuel doit être complété par les prestations suivantes :

- > Structure résidentielle
- > Ateliers d'insertion/formation

Ces prestations sont considérées comme « indispensable » et doivent donc toutes être introduites en complément aux prestations existantes (proposition I6).

Ces prestations sont considérées comme indispensables car elles comblent un manque dans la continuité de la prise en charge et permettent de diminuer le phénomène d'échappement des jeunes pris en charge.

5.1.2.3. Autres propositions d'amélioration

D'autres mesures doivent en outre être mises en œuvre pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'addiction. Ces propositions d'amélioration sont décrites ci-après.

A1. Sensibiliser les acteurs non-spécialisés (médecins de premier recours, médecins scolaires, médecins du travail, travailleurs sociaux et éducateurs) à l'importance de la détection et de l'intervention précoces, ainsi que renforcer leurs compétences (acteurs prenant en charge les jeunes et les adultes).

Les acteurs non spécialisés doivent être outillés pour mener le travail de repérage des comportements d'usage à risques et des modes de consommation susceptibles, à terme, d'évoluer vers une dépendance, ainsi que pour assurer un accompagnement dans le cadre d'une prestation de type intervention précoce ou vers une prise en charge spécialisée.

A2. Constituer un système cantonal d'information pour acquérir une connaissance quantitative plus complète, plus fiable et plus coordonnée de la dépendance.

Actuellement, la dispersion des sources d'information et la coordination statistique insuffisante des institutions, la quasi-impossibilité de mener des analyses longitudinales des trajectoires individuelles, l'invisibilité d'une partie des populations dépendantes/problème de consommation et la communication statistique déficiente font que le dispositif et les concepts ne peuvent être que très difficilement améliorés et adaptés sur une base quantitative.

A3. Elargir la distribution de seringues et matériel stérile

La distribution de matériel d'injection stérile a pour objectif d'éviter l'usage multiple ou la réutilisation de seringues. Elle vise à augmenter, auprès des usagers de substances psychoactives par injection, l'accessibilité, l'échange et l'utilisation de matériel stérile afin de réduire les risques tels que la transmission du virus HIV et de l'hépatite pour eux-mêmes, ainsi que de maintenir l'ordre et la santé publics. Elle a souvent également pour but de garder contact avec le groupe cible et de dispenser les soins et informations nécessaires à leur survie.

Dans le canton de Fribourg, la distribution et échange de matériel stérile est assurée par le centre de jour Le Seuil du Tremplin. Cette structure dispose également d'un automate externe garantissant l'accessibilité aux seringues 24 heures sur 24.

De plus, les 71 pharmacies du canton vendent et récupèrent du matériel d'injection stérile. Le canton leur offre la possibilité d'obtenir gratuitement des bacs de récupération.

Toutefois, la quantité de matériel vendue par les pharmacies est très faible. Le centre Au Seuil est actif seulement en ville de Fribourg. Des bacs de récupération ne sont présents que dans les pharmacies, Au Seuil, au CTA et à la Tuile et du matériel d'injection est régulièrement trouvé ailleurs, notamment aux Grand-Places.

A4. Développer les prestations de consommation contrôlée d'alcool et de soutien aux familles de personnes souffrant d'addiction et développer l'information (téléphonique, Internet) à la population.

Plusieurs offres relatives à ces domaines sont actuellement proposées au sein du réseau spécialisé des addictions. Ces offres doivent être améliorées afin de mieux répondre aux besoins et être pérennisées.

A5. Donner la possibilité aux institutions – Tremplin, Torry et Radeau – de développer des prestations ambulatoires

Actuellement, si nécessaire, les collaborateurs de ces institutions fournissent des prestations ambulatoires de suivi post-résidentiel pour une durée limitée dans le temps (suivi à domicile, entretiens dans le cadre de l'institution, ...); ceci dans le but d'assurer la transition vers la nouvelle situation de vie de l'usager. Ces prestations et, de manière générale, les prestations ambulatoires, doivent être développées, afin de favoriser une prise en charge intermédiaire ou ambulatoire³⁸.

A6. Introduire les traitements de substitution à Bellechasse³⁹

La mise en route de traitements de substitution n'est admise dans aucun des établissements fermés (prison centrale, Bellechasse, la Sapinière). A la Sapinière et à la Prison centrale, les traitements de substitution prescrits à l'extérieur peuvent être maintenus. Les établissements de Bellechasse prohibent tout traitement de maintenance et imposent aux détenus un sevrage qui n'est souvent pas indiqué. En effet, les établissements fermés ne sont pas les lieux les plus adaptés pour un sevrage; de plus, ces sevrages accroissent les risques d'overdoses, que ce soit durant le séjour ou au moment de la sortie. La mise en place d'un traitement de substitution lors d'un séjour au sein d'un établissement fermé peut également, pour les personnes très précarisées, favoriser un processus d'insertion, en facilitant une intégration dans un réseau de soins après l'incarcération.

Chaque séjour au sein d'un établissement fermé devrait être investi dans une perspective d'intervention précoce et de promotion de la santé. Les incarcérations doivent pouvoir aussi être pensées comme des moments permettant de conduire à une action décisive pour la santé.

A7. Améliorer la prise en charge de parents-enfants, notamment par les institutions résidentielles

Il arrive qu'une femme ou un homme ayant un ou des enfant(s) à charge nécessite une prise en charge résidentielle. Si l'enfant, après évaluation de la situation, est amené à séjourner dans l'institution (pendant des courtes périodes – comme des week-ends, ou des périodes de vacances, ou bien plus), cela nécessite un contexte et une organisation spécifiques ainsi qu'un concept adapté qui tienne compte des besoins des parents et aussi de ceux de l'enfant. Actuellement, dans le canton, cette prise en charge n'est pas optimale et doit être améliorée.

³⁸ Cette option correspond aussi aux développements envisagés dans le Plan stratégique LIPPI pour les institutions accueillant des personnes en situation de handicap.

³⁹ Un groupe de travail interdisciplinaire appelé « Avenir du Foyer La Sapinière et prise en charge sanitaire des condamnés pénaux », géré par la DSJ, est déjà actif dans ce domaine.

A8. Développer les prestations en faveur des personnes âgées souffrant d'addiction

Les personnes âgées souffrant d'addiction, notamment à l'alcool, sont nombreuses et les prestations spécifiques d'accompagnement ne sont actuellement pas optimales. Un développement de ces prestations et des collaborations entre les différents acteurs actifs auprès des personnes âgées est nécessaire⁴⁰.

A9. Etudier les modalités d'une prise en charge institutionnelle temporaire (p.ex. jusqu'à trois mois) de personnes avec un permis de séjour temporaire (F, N, S) ou sans papier

Pour des raisons légales, une personne sans papiers ne peut pas être prise en charge par une institution spécialisée. Or, parmi ces sans-papiers, certaines personnes souffrent d'addiction et il est nécessaire de les prendre en charge.

Le Conseil d'Etat entend privilégier les propositions prioritaires et ne retient pas en l'état les propositions de mettre sur pied un programme de prescription d'héroïne et un local de consommation avec suivi médical.

5.1.3. Mise en œuvre des propositions d'amélioration

Ce chapitre expose la suite décidée concernant la mise en œuvre des propositions d'amélioration relatives aux prestations.

Pour 2014, la DSAS élaborera un Plan de mise en œuvre des propositions. Il sera élaboré en étroite collaboration avec le réseau des addictions et ses partenaires. Le Plan sera soumis au Conseil d'Etat pour décision.

Les prestations jugées « Indispensables » seront réalisées avant celles jugées « Nécessaires », et ceci à partir de 2014.

Parmi les prestations « Indispensables », les propositions suivantes seront réalisées en priorité :

- > I2. Prestations résidentielles de crise déclenchée par une situation sociale
- > I3. Prestations conceptualisées de suivi de proximité
- > I5. Lieu de vie « bas seuil »

Par le biais de la prestation I3, il sera également possible de réaliser les prestations « I4. Centre de jour avec soins somatiques » et « N1. Prestations de liaison addictologique ».

Les propositions « A1. Sensibiliser les acteurs non-spécialisés » et « A2. Constituer un système cantonal d'information » seront réalisées déjà à partir de 2012, et ceci en raison de leur contenu très lié au pilotage du dispositif.

⁴⁰ La prise en charge résidentielle au sein des institutions spécialisées (Tremplin, Torry, Radeau) est déjà, en principe, possible actuellement. Il s'agit donc de la conceptualiser et de l'organiser. De manière générale, comme dans les institutions pour personnes en situation de handicap, le vieillissement de la population est pris en considération pour définir les prestations (ex. centres de jour) ainsi que l'encadrement nécessaires subventionnés par les pouvoirs publics.

La réalisation des propositions sera coordonnée avec les travaux d'autres projets, comme par exemple les projets du RFSM et du HFR ou ceux du projet de mise en œuvre de la nouvelle législation sur la personne en situation de handicap/RPT.

Par ce rapport, le Conseil d'Etat s'est prononcé sur le paysage général souhaité en ce qui concerne la prise en charge des personnes souffrant d'addiction dans le canton. Les décisions définitives seront prises sur la base du Plan de mise en œuvre et des ressources à disposition de l'Etat.

A terme, le dispositif actuel complété avec les prestations proposées dans le présent rapport formera un système modulaire et évolutif, basé sur une vision intégrée des prestations bio-psycho-sociales. Il contribuera ainsi à une prise en charge performante et efficace des personnes souffrant d'addiction et permettra une diminution conséquente des coûts sociaux liés aux dépendances. De plus, le dispositif sera complété par un processus de préindication, d'indication et de case management (cf. chapitre 5.2 ci-après) et d'une structure de coordination et de pilotage (cf. chapitre 5.4 ci-après).

Besoins financiers

En ce qui concerne les prestations, les besoins se situent essentiellement au niveau du financement, dès 2014, des propositions « Indispensables » prioritaires I2, I3 et I5.

Le financement de la coordination des travaux sera réglé dans le cadre du financement de la structure de coordination et de pilotage (chapitre 5.4).

5.2. Indication et case management

Dans le cadre du projet de coordination, un projet pilote concernant l'indication et le case management (adolescents et adultes) a été élaboré, mis en œuvre et évalué. Des propositions d'amélioration ont été formulées.

Outre la définition du processus d'indication et la détermination de ses objectifs, ce chapitre résume ainsi le descriptif du projet pilote, les résultats obtenus et les décisions du Conseil d'Etat pour la suite.

5.2.1. Définition et objectifs du processus d'indication

Le processus d'indication définit des procédures et des outils communs afin de viser la meilleure adéquation entre les besoins d'une personne souffrant d'addiction et les prestations fournies, ainsi qu'un suivi de la prise en charge dans le temps (case management).

Les objectifs visés par le processus d'indication sont :

- > une **compréhension commune de la problématique** et des objectifs de l'utilisateur par les professionnels du réseau et par l'utilisateur lui-même
- > une **gestion des trajectoires** des usagers cohérente et propre à éviter les ruptures
- > une **analyse précise** des caractéristiques de la personne – selon des critères bio-psycho-sociaux systématiques et communs au réseau
- > une **coordination des prestations**
- > la **continuité de la prise en charge**

- > la structuration de la prise en charge dans l'idée d'atteindre, de ce fait, une efficacité et une qualité optimales à moindre coût (**allocation optimale des ressources**)

5.2.2. Le projet pilote PICA (Processus d'Indication Cantonal)

a) Le projet et ses objectifs

Après une phase de réflexion sur les grandes lignes du projet, les travaux d'élaboration conceptuelle ont commencé en août 2009. Pour les usagers adultes, le projet pilote a démarré en avril 2010 et s'est terminé en novembre 2010. Pour les usagers adolescents, le projet pilote a duré de juillet 2010 à janvier 2011.

Les objectifs du projet pilote étaient les suivants :

- > Vérifier la faisabilité du système proposé et faire des propositions d'amélioration
- > Récolter des données épidémiologiques de 50 usagers au minimum afin de définir les profils des usagers et de quantifier le besoin de prestations
- > Evaluer/vérifier les ressources nécessaires pour le processus d'indication
- > Evaluer la pertinence des outils choisis (FriQuest⁴¹ pour les adultes, IGT-ado et ADAD⁴² pour les adolescents)

b) Description du processus proposé

Le processus d'indication initialement proposé dans le cadre du projet pilote était le suivant :

- > Le/la coordinateur/trice reçoit les demandes d'indication par le numéro de téléphone 026 305 30 70
- > Le/la coordinateur/trice attribue les dossiers à un binôme médico-social en fonction du groupe cible et des disponibilités. Le binôme constitué est issu d'un team de médecins du RFSM et d'intervenant/e/s sociaux/ales des institutions sociales partenaires (team d'indication).
- > Le binôme rencontre l'utilisateur et remplit le questionnaire d'évaluation (spécifique pour adolescents et adultes). Après une éventuelle requête d'informations supplémentaires auprès de tiers (informations auprès du réseau de l'utilisateur, analyses médicales, ...), le binôme propose un projet de prise en charge et le discute avec l'utilisateur. Ensuite, le projet est partagé avec les membres du réseau de l'utilisateur.
- > Sur la base du résultat de l'indication, le réseau de l'utilisateur et le case manager accompagnent l'utilisateur dans la réalisation du projet.

Dans sa conception initiale, le processus s'est adressé à tous les usagers ayant recours aux prestations du réseau fribourgeois des addictions, tout âge confondu à partir de 13 ans, les prestations bas seuil et les urgences n'étant pas concernées.

⁴¹ Outil créé dans le cadre de ce projet pour la population adulte

⁴² Outils déjà existants et évalués

c) Acteurs impliqués

Le processus d'indication et de case management proposé dans le cadre de ce projet pilote concernait les principaux acteurs du domaine de la prise en charge spécialisée des personnes souffrant d'addictions, à savoir :

Fondation le Tremplin, Fondation le Torry, Association le Radeau, Association REPER (en collaboration avec la Suchtpräventionsstelle), Chaîne des addictions du RFSM, Secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents du RFSM.

5.2.3. Evaluation du projet pilote

5.2.3.1. Une auto-évaluation

Une auto-évaluation du projet pilote a été menée ; elle avait les objectifs suivants :

- > Amélioration du projet pilote
- > Aide à la décision quant à la suite à donner à ce projet

Les informations nécessaires à l'auto-évaluation ont été principalement récoltées par le biais du dossier de l'utilisateur⁴³ (adultes et adolescents), le formulaire pour les coordinateurs⁴⁴, les questionnaires de satisfaction de l'utilisateur et de son réseau (au moment de l'indication et 3 mois plus tard), ainsi que par les discussions dans les différents lieux d'échange (séances du team d'indication, groupe de projet et comité de pilotage du projet de coordination). Deux séances d'évaluation du team d'indication (focus groups) ont eu lieu. Une auto-évaluation plus spécifique du volet adolescents a été faite de manière qualitative par le team adolescents.

5.2.3.2. Résultats pour les usagers adultes

a) Généralités

Le groupe cible initialement prévu pour le projet pilote était composé de toute personne ayant recours aux prestations du réseau fribourgeois des addictions.

Pendant le projet pilote, pour les adultes, le groupe cible a dû être réduit, pour des questions de ressources, aux demandes de prise en charge résidentielles (par la Fondation le Tremplin, la Fondation le Torry, l'Association le Radeau et par des institutions sises hors canton).

En effet, bien qu'une marge de manœuvre ait été prévue, le processus d'indication s'est ajouté aux activités du réseau et a provoqué une surcharge, notamment pour la chaîne des addictions du RFSM.

⁴³ Le dossier comprenait les données sociodémographiques de l'utilisateur, les outils d'évaluation, le temps nécessaire à l'indication, le projet proposé, les besoins en prestations, la satisfaction du binôme, ...

⁴⁴ Le formulaire comprenait le temps nécessaire à la coordination, la durée de la pré-indication, la pertinence de la demande d'indication, ...

Egalement pour des raisons de surcharge, le processus initialement prévu a été assoupli pendant le projet pilote, en réduisant, dans la plupart des cas, les étapes à une seule : la rencontre avec l'utilisateur. Quand cela était pertinent et nécessaire, le réseau de l'utilisateur, a été impliqué lors de cet entretien qui comprenait aussi généralement le retour direct à l'utilisateur.

b) Résumé des données quantitatives principales au moment de l'évaluation

- > 58 dossiers ont été saisis au 08.10.2010
- > 48 indications (+ environ 8, mais qui n'ont pas pu être prises en compte dans l'évaluation) étaient terminées au 08.10.2010
- > Le processus complet d'indication, de l'appel au coordinateur au dernier entretien de restitution a duré en moyenne **environ deux semaines**
- > La transmission de la demande par les coordinateurs s'est faite en moyenne dans les **deux jours**
- > Le premier entretien **a lieu en moyenne dans les 10 jours** suivant la transmission de la demande au binôme.
- > Pour chaque demande, **le-la coordinateur-trice a consacré en moyenne 45 minutes**
- > Pour chaque indication, le binôme a consacré en moyenne **3 heures** (total pour les deux personnes composant le binôme : préparation, contact(s), entretien(s), temps de trajet, le cas échéant)
- > Le signalement provenait de plusieurs sources, mais principalement du Centre de soins hospitaliers de Marsens

c) Evaluation de l'atteinte des objectifs du projet pilote

Le tableau qui suit résume l'atteinte des objectifs du projet pilote.

Objectifs	Commentaires
Vérifier la faisabilité du système proposé et faire des propositions d'amélioration	Le projet pilote a permis d'analyser le système proposé et de faire des propositions d'amélioration.
Récolter des données épidémiologiques de 50 usagers au minimum afin de définir les profils des usagers et de quantifier le besoin de prestations	Les données ont été récoltées. Néanmoins, le système n'a pas permis une quantification des besoins en prestations en raison du groupe cible restreint d'application (plutôt demandes résidentielles). Des propositions d'amélioration générales ont été faites.
Evaluer/vérifier les ressources nécessaires pour le processus d'indication	Les ressources nécessaires à la conduite du processus ont pu être mesurées (processus restreint).
Evaluer la pertinence des outils choisis : évaluer la pertinence et valider FriQuest pour les adultes	Les outils ont été évalués et des propositions d'amélioration ont été faites

évaluer la pertinence de l'IGT-ado et de l'ADAD pour les adolescents	
--	--

Le projet pilote **n'a pas permis de conceptualiser le case management**. En effet, le processus a été simplifié pour des questions de ressources et l'entretien avec le réseau n'a eu lieu que peu de fois. Par contre, le thème du case management a été réfléchi et pris en considération de manière conceptuelle dans les travaux préparatoires.

d) Analyse SWOT⁴⁵ du processus d'indication proposé

Dans le cadre de l'évaluation du processus d'indication proposé, une analyse SWOT a été réalisée, qui est présentée dans le tableau qui suit :

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> > L'attribution des usagers aux binômes fonctionne bien > La collaboration médico-sociale au sein du binôme est bonne > Le dossier d'indication adulte permet de récolter les informations nécessaires à la réalisation d'une indication > Le processus d'indication permet de faire une analyse bio-psycho-sociale de l'utilisateur > Le processus d'indication améliore : <ul style="list-style-type: none"> > la compréhension commune de la problématique et des objectifs des usagers par les professionnels du réseau > la continuité de la prise en charge > la coordination des prestations > Les projets proposés sont en adéquation avec les besoins et attentes du client/usager > Le processus d'indication est un soutien pour les assistants sociaux généralistes > Le processus d'indication permet une récolte uniforme des données > Le processus d'indication établit une égalité de traitement entre tous les patients (même processus pour tous) 	<ul style="list-style-type: none"> > Il n'y a pas de gain de temps lors de l'admission dans l'institution suite à l'indication > Dans le contexte actuel, la structure du processus par rapport aux étapes conceptualisées n'est pas (ou ne peut pas être) complètement respectée dans la pratique > Pour les adultes, le temps global consacré à l'indication est trop conséquent en nombre d'heures > Les dossiers des personnes indiquées sont accessibles mais il n'existe pas de base de données où sont regroupées toutes les personnes indiquées (monitoring du processus) > Il manque des conventions et d'un cahier des charges explicitant l'intervention de chaque institution impliquée dans le processus d'indication, y compris le manque de cahier des charges des coordinateurs (participation, devoirs, formation) > Il est difficile d'obtenir une indication à court terme > La facturation de la partie médicale ambulatoire de la prestation d'indication peut freiner l'accès aux prestations > Il manque de critères précis sur la durée de

⁴⁵ Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces). Le terme « menaces » a été remplacé par le terme « risques »

	validité d'une indication (quand la refaire) > Il n'est pas possible pour les médecins de se rendre constamment disponibles pour le processus d'indication
Opportunités	Risques
> Il y a une volonté politique de mettre en place un processus d'indication (projet RPT)	> Il manque un soutien financier supplémentaire

e) Ressources nécessaires à l'indication pendant le projet pilote

Sur la base des données récoltées, il ressort que, en moyenne, le team a été sollicité à raison de **0.34 EPT** (en total) pour les indications (0.17 social et 0.17 médical)

Pour la coordination pendant le projet pilote (médecin ou intervenant social), un **0.05 EPT** a été nécessaire.

De manière générale, ces pourcentages ne tiennent compte que des indications terminées. Parallèlement à celles-ci, il y a aussi eu des indications qui se sont arrêtées, des personnes qui ne se sont pas présentées à des rendez-vous, des demandes téléphoniques, etc. ; ainsi, le pourcentage mobilisé est en fait plus élevé que celui calculé.

5.2.3.3. *Résultats pour les usagers adolescents*

a) Généralités

Ce chapitre résume les points principaux concernant le volet « adolescents » du projet pilote.

Le processus concrètement appliqué a été le suivant :

- > Un premier entretien avec le jeune et sa famille (entretien d'information/connaissance).
- > Un entretien avec le jeune seul
- > Un deuxième entretien avec le jeune et sa famille et, parfois, le réseau (le réseau a été plutôt informé par téléphone ou par des rapports écrits)

Ce processus constitue une version adaptée aux adolescents du processus général.

b) Résumé des données quantitatives principales au moment de l'évaluation

Au moment de l'évaluation, **9** dossiers avaient été saisis. Seuls **5** dossiers ont abouti à une indication.

Les sources de signalement ont été les suivantes :

- > REPER : 2
- > Centre de pédopsychiatrie du RFSM + chambre pénale des mineurs : 1

- > Chambre pénale des mineurs : 3 (via REPER)
- > Centre de pédopsychiatrie du RFSM : 2
- > SEJ + tutrice : 1

Le processus complet d'indication a duré environ **de 6 à 8 semaines**.

Chaque entretien a pris environ 1h-1h30. A cela s'est ajouté le temps nécessaire pour les téléphones et les lettres. Le temps moyen nécessaire à la réalisation processus d'indication a été d'environ **6h par dossier**.

Commentaires :

- > Ce temps a été considéré comme « nécessaire » (et pas comme « trop important»).
- > L'importance de faire les trois entretiens (jeune/famille, jeune, jeune/famille) a été soulignée.
- > La durée du processus ne devrait pas être trop rapide et les 6-8 semaines observées dans la pratique se sont avérées positives. En effet, le processus d'indication ne devrait pas être seulement une « photographie », mais il constitue un processus d'accompagnement.
- > Par manque de signalements, aucune indication n'a été réalisée avec des jeunes germanophones.

5.2.4. Propositions d'amélioration du processus d'indication

Ce chapitre présente les propositions d'amélioration du processus d'indication qui ont été décidées par le Conseil d'Etat suite à l'évaluation du projet pilote.

5.2.4.1. Adultes

a) Groupe cible de l'indication

Comme il l'a été dit plus haut, pendant le projet pilote, pour les adultes, le groupe cible a dû être réduit, pour des questions de ressources, aux demandes de prise en charge résidentielles (par la Fondation le Tremplin, la Fondation le Torry, l'Association le Radeau et par des institutions sises hors canton) alors que, dans sa conception initiale, il avait été prévu de proposer le processus d'indication à toute personne ayant recours aux prestations du réseau fribourgeois des addictions.

Il ressort des données mesurées pendant le projet pilote que l'évaluation de toutes les personnes s'adressant au réseau spécialisé des addictions selon le processus testé, si cela devait avoir lieu, exigerait d'importantes ressources.

De plus, la valeur ajoutée d'une telle prestation pour l'ensemble des usagers n'a pas encore pu être estimée, comme ça a par contre été le cas, de manière positive, pour le groupe cible retenu.

Compte tenu du fait que les ressources sont limitées et qu'il est nécessaire de poursuivre les réflexions sur l'indication, il a été décidé d'introduire un système de préindication (sélection) visant à déterminer, parmi les usagers arrivant dans le réseau des addictions ou pris en charge par lui, quels sont ceux qui doivent impérativement bénéficier de la prestation d'indication (optimisation de la prestation d'indication par rapport aux bénéfices attendus).

Le mandat pour le réseau des addictions est le suivant :

- > Mettre en place un processus de préindication commun au réseau des addictions pour toute personne entrant dans le réseau
- > Déterminer, à l'aide du processus de préindication, des groupes cibles d'usagers qui bénéficieront de la prestation d'indication selon le processus testé lors de la première phase du projet pilote
- > Mettre en place un système d'évaluation des conséquences de l'indication pour les groupes cibles

Le but est de déterminer des groupes cibles d'usagers qui bénéficieront de la prestation d'indication selon le processus testé et d'analyser de manière empirique les conséquences positives et négatives de l'indication pour les groupes cibles déterminés.

Selon les résultats de cette démarche, un élargissement des groupes cibles pourra encore être prise en considération dans une seconde phase.

En cohérence avec les travaux menés dans le cadre du projet de « mise en œuvre de la RPT/nouvelle législation sur la personne en situation de handicap », le point suivant est ajouté au mandat pour le réseau des addictions :

- > Elaborer des critères suffisants pour garantir l'adéquation de la prise en charge par une institution (Tremplin, Torry, Radeau) et le profil de l'usager

Ressources nécessaires

Les ressources octroyées à la mise en place du processus d'indication, sur la base des chiffres obtenus par le projet pilote, sont les suivantes.

- > Pour les indications à faire pour les usagers qui auront été triés, il a été décidé d'octroyer aux institutions (Tremplin, Torry, Radeau) et à REPER/Suchtpräventionsstelle **0.3 EPT d'assistant social** au total, et **0.3 EPT de médecin** à la chaîne des addictions du RFSM.
- > La partie médicale de la prestation d'indication faite en ambulatoire est à la charge de l'usager par le biais de son assurance maladie. Ce montant peut s'élever à 200-400 frs par consultation. Pour les patients avec une franchise élevée, ceci peut constituer un risque de frein à l'accessibilité. De ce fait, **il a été décidé que le canton prendra également en charge les frais de la prestation médicale d'indication non couverte par l'assurance.** Le coût de cette prise en charge peut s'élever à 20'000-40'000 frs par année.
- > Le financement de la coordination des travaux sera réglé dans le cadre du financement de la structure de coordination et de pilotage (chapitre 5.4)

A relever que des activités en lien avec le nouveau processus d'indication et d'autres en lien avec les processus actuels de prise en charge (admissions dans les institutions sociales, séances de réseaux, prises en charges au sein du RFSM, ...) peuvent parfois se superposer. Dans ce sens, il peut y avoir un gain de ressources par l'optimisation des processus. Les institutions sociales

étudieront notamment un processus d'admission commun dans le cadre des objectifs de mise en œuvre des objectifs du RIFA (cf. chapitre 5.3 ci-après).

Par contre, des processus nouveaux sont également mis en place et le projet pilote a permis de mettre en évidence que des ressources supplémentaires sont nécessaires (le nouveau processus d'indication et les processus actuels sont parfois parallèles)

De plus, avec le concept de préindication, il est possible que des intervenants des institutions sociales et du RFSM soient amenés à faire des indications pour des usagers qu'ensuite eux-mêmes ne prendront pas en charge. Dans ce cas, une compression des processus n'est pas possible.

Puisque le concept de préindication sera mis en œuvre également dans le but d'évaluer les groupes cibles qui nécessitent une indication, une évaluation plus précise des ressources nécessaires pour le futur pourra aussi être menée.

b) Case management

Le case management est un sujet qui a été réfléchi et pris en considération dans les travaux du projet pilote, mais ce dernier n'a pas permis de conceptualiser ce concept, qui représente un axe fondamental d'un système de prise en charge et contribue fortement à sa cohérence et son efficacité. Il est donc été décidé de mandater le réseau des addictions pour poursuivre les réflexions et concrétiser un projet de case management, parallèlement à la mise sur pied du système de préindication mentionné ci-dessus.

c) Autres propositions

- > Dans le cadre de la mise sur pied du système d'évaluation du processus de préindication, il est prévu de concrétiser des **projets visant l'évaluation** des coûts, par exemple en suivant un certain nombre de patients avec différents profils, tout en répertoriant tous les événements médicaux, sociaux, judiciaires, etc., qui se produisent dans un laps de temps donné, de chiffrer les événements et évaluer le coût global. Le canton pourra ainsi disposer de données chiffrées, dans le but d'aider le pilotage du dispositif de prise en charge.
- > Il est proposé que les tâches concernant l'indication soient formalisées par le biais de **conventions entre le canton et ses partenaires du réseau des addictions** afin que cette tâche fasse partie des cahiers des charges du personnel des partenaires. Ceci n'est pas le cas actuellement, ce qui ne garantit pas la pérennité des processus.
- > Toujours dans le cadre de la mise en œuvre du processus de préindication, des améliorations du processus d'indication testé pendant la phase pilote devront être concrétisées ; il s'agit notamment de la **formation de plus de personnes du réseau des addictions à l'outil et au processus d'indication** et de faire en sorte que ces personnes participent aux indications, afin d'éviter des doublons et mieux exploiter leur expertise.
- > Le processus d'indication n'a été utilisé que par peu de personnes germanophones. Il faudra en analyser les causes et prendre des mesures afin de **faciliter l'accès de la population fribourgeoise germanophone à cette prestation.**

5.2.4.2. Adolescents

De manière générale, le nombre de dossiers concernant des adolescents est trop faible pour tirer des résultats du projet pilote des conclusions représentatives.

Le réseau fait le constat que le nombre d'adolescents prêts pour une telle indication est faible. A son avis également, la prestation d'indication telle qu'étudiée dans le cadre du projet pilote ne semble pas être l'instrument adéquat et utile pour les adolescents, chez qui l'abus de substances est souvent un symptôme d'autres problématiques ; de ce fait, il faudrait élargir le champ des domaines pris en considération lors d'une telle évaluation.

Ces réflexions sortent toutefois du cadre du projet de coordination et du réseau des addictions. Il a donc été décidé qu'elles feront partie d'un autre projet, impliquant tous les acteurs concernés par la prise en charge des adolescents en difficultés.

5.3. Organisation de la Fondation le Tremplin, de la Fondation le Torry et de l'Association le Radeau

Suite aux travaux menés au sujet de l'objectif 2.2 du projet de coordination, une convention de collaboration a été signée par les 3 institutions concernées le 16 mars 2011 et approuvée par la DSAS. Cette convention a formellement institutionnalisé les collaborations entre ces 3 institutions qui ont créé le « Réseau des Institutions Fribourgeoises pour personnes souffrant d'Addictions (RIFA) ». Une planification de la mise en œuvre des objectifs de cette convention, qui sont à atteindre d'ici 2014, a également été adoptée.

Le RIFA est une société simple au sens des art. 530ss CO.

Le RIFA a pour but d'optimiser l'efficience et l'efficacité des activités de ses associées par une collaboration dans les domaines énumérés ci-après, tout en respectant clairement la différenciation des prestations offertes par chacune des trois institutions en regard de son public cible :

- > Administration :
 - > Mise en place d'un service administratif commun (comptabilité financière et analytique, facturation, débiteurs, créanciers, trafic des paiements, Canal⁴⁶, statistiques, controlling, reporting, gestion des salaires);
 - > Mise en place d'un système informatique commun;
 - > Unification des portefeuilles d'assurances;

- > Ressources humaines :
 - > Planification commune de groupes de paroles;
 - > Formation commune du personnel ;
 - > Création d'un « pool » de personnel commun ;

- > Prestations :
 - > Mise en place d'une procédure d'admission uniforme à mener par chacune des institutions;

⁴⁶ Outil de gestion financière, Service de la Prévoyance sociale

- > Participation au dispositif cantonal de la prise en charge des personnes en situation de dépendance ;
- > Gestion commune d'un service social ;
- > Planification commune de nouvelles prestations.

Pour concrétiser le but de la convention, le RIFA établira pour chacun des domaines d'activités mentionnés ci-dessus un descriptif de projet.

Les coûts annuels liés aux activités générales du RIFA sont couverts par ses associées selon une clé de répartition déterminée sur la base d'une période de référence s'étendant sur les trois dernières années pour lesquels les comptes des associées ont été dûment révisés.

Pendant le processus qui a amené à la signature de la convention, un mandat externe d'accompagnement des institutions a été confié au bureau B'VM Beratung à Berne, pour une durée d'environ 6 mois.

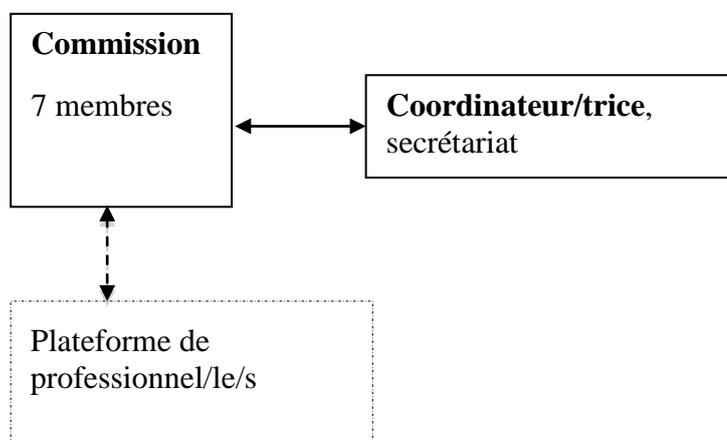
5.4. Structure de coordination et de pilotage

Il est impératif que le futur dispositif de prise en charge des personnes souffrant d'addictions ait le souci constant d'amélioration et d'adaptation (besoins/offres, fonctionnement, résultats). De plus, il est également important qu'il coordonne la mise en œuvre des propositions faites aux chapitres 5.1 et 5.2 ci-dessus.

Pour cela, il a été décidé de mettre sur pieds une **structure de coordination et de pilotage**, dont la composition, le fonctionnement et les tâches sont décrits dans ce chapitre.

5.4.1. Composition, fonctionnement et tâches de la structure de coordination et de pilotage

La structure de coordination et de pilotage sera composée d'une commission et d'un/e coordinateur/trice (délégué/e cantonal/e aux problèmes d'addiction), selon le schéma ci-dessous :



5.4.1.1. La commission

La commission sera composée de 7 membres représentant :

- > la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS)
- > la Direction de la sécurité et de la justice (DSJ)
- > le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)
- > l'hôpital fribourgeois (HFR)
- > la Société de médecine du canton de Fribourg (SMCF)
- > le Réseau des institutions fribourgeoises pour personnes souffrant d'addiction (RIFA)
- > les organes de promotion de la santé et de prévention œuvrant dans le domaine des addictions

Les tâches de la commission sont les suivants :

- > Assurer la mise en œuvre coordonnée du concept de prise en charge décidé par le Conseil d'Etat
- > Veiller à la qualité et à l'adéquation des prestations bio-psycho-sociales en regard des besoins de l'utilisateur
- > Promouvoir une vision commune de la problématique dans le dispositif de prise en charge et ses partenaires
- > Renforcer/assurer la collaboration entre les acteurs concernés par la problématique des addictions
- > Faire des propositions d'amélioration concernant le domaine de la prise en charge à l'attention des autorités compétentes
- > Préaviser les nouveaux projets concernant la prise en charge dans le domaine des addictions à l'attention des autorités compétentes

La commission sera instituée par le Conseil d'Etat. Le/la coordinateur/trice assistera également aux séances de la commission, qui se réunira 3-4 fois par année.

La commission sera également chargée d'organiser une rencontre annuelle avec des représentant/e/s d'autres autorités, organisations ou milieux concernés par la prise en charge (police, juges, tuteurs, institutions, services, ...) non présent/e/s dans la commission (**plateforme de professionnel/le/s**) ; ceci dans le but de coordonner les activités, faire le bilan des projets en cours ainsi qu'obtenir les informations nécessaires au/à la coordinateur/trice et à la commission pour pouvoir effectuer les tâches qui leur sont confiées.

Au besoin, la commission pourra également inviter aux autres séances des membres de la plateforme, ou tout autre acteur, avec voix consultative.

5.4.1.2. Le/la coordinateur/trice

Le/la coordinateur/trice sera rattaché/e à un Service de l'administration cantonale (DSAS, Service du médecin cantonal). Ses principales tâches seront les suivantes :

- > Analyse qualitative et quantitative (statistiques) de la situation actuelle (évolution de la problématique et du fonctionnement du dispositif) et propositions d'amélioration
- > Recherche de la littérature, études comparatives, lectures, projections dans le futur par rapport à la problématique, ...
- > Suivi de la mise en œuvre du concept et des projets et signalement des écarts
- > Chef de projet pour la mise en œuvre de certains projets décidés par les autorités compétentes

- > Rédaction régulière de rapports d'activité et d'évaluation concernant la prise en charge des personnes souffrant d'addiction
- > Lien avec la Confédération et les autres cantons pour ce qui concerne le domaine de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction⁴⁷
- > Préparation des séances de la commission et de la plateforme de professionnel/le/s
- > Participation aux séances de la Commission de promotion de la santé et prévention, afin d'assurer la coordination et la collaboration

5.4.1.3. Conséquences financières

Les conséquences financières sont limitées à la rémunération des membres de la commission et au poste de coordinateur/trice. Les membres seront rémunérés selon l'ordonnance du 16 novembre 2010 concernant la rémunération des membres des commissions de l'Etat.

6. Conclusion

Ce projet est né d'un certain nombre de constats par rapport à la prise en charge des personnes souffrant d'addiction dans le canton. Se basant sur ces constats et sur l'historique des travaux menés dans ce domaine, la DSAS a élaboré une vision et des objectifs et a réuni autour de la table les principaux acteurs afin de les atteindre.

Les sujets à traiter par le groupe de projet, le comité de pilotage et le chef de projet étant nombreux et complexes, le processus aura duré quatre ans. Le rapport du Conseil d'Etat sur ce projet représente la fin d'une première étape. La seconde consistera dans la mise en œuvre des propositions présentées.

Les propositions permettront au canton de Fribourg de disposer, dans les années à venir, d'un dispositif cantonal de prise en charge des personnes souffrant d'addiction construit sur des bases solides et pérennes. Les professionnel/le/s du domaine et leurs partenaires pourront ainsi continuer à fournir des prestations de qualité, avec la possibilité de les améliorer en permanence, dans l'intérêt des personnes concernées.

⁴⁷ Le/la coordinateur/trice aura le rôle de délégué/e cantonal/e aux problèmes d'addiction et fera partie de la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies (CDCT), qui regroupe 23 cantons. L'activité du/de la délégué/e cantonal/e aux problèmes d'addiction comprendra, à terme, les différentes problématiques d'addiction, avec ou sans substances (alcool, drogues, tabac, jeu, ...), afin d'assurer une cohérence et coordination cantonale dans ce domaine.

Annexe 1 : le dispositif fribourgeois de prise en charge des personnes souffrant d'addiction

Traitements de substitution, médecins installés et pharmacies

Durant l'année 2010, 460 personnes bénéficiaient d'un traitement de substitution autorisé. 363 hommes et 97 femmes, dont la fourchette d'âge se situe entre 19 et 68 ans. Parmi ces patients, 129 avaient un traitement à la Buprénorphine et 331 un traitement de méthadone. 220 cas sont suivis par le RFSM, centres de Fribourg et Bulle, et les 240 restants par les 88 médecins autorisés à les traiter, y compris ceux qui travaillent dans ou pour des institutions, hôpitaux et prisons.

Durant l'année 2009, 439 personnes bénéficiaient d'un traitement de substitution autorisé. Elles étaient 436 en 2008.

Dans le canton de Fribourg, 57 pharmacies collaborent actuellement avec les médecins traitants afin de permettre une prise en charge continue des patients ayant un traitement de substitution. Le canton compte 71 pharmacies et toutes pourraient, en cas de demande, collaborer à la distribution de traitements de substitution.

De plus, les 71 pharmacies vendent et récupèrent du matériel d'injection stérile. Le canton leur offre d'obtenir gratuitement des bacs de récupération.

Pour les traitements de substitution, les médecins disposent des lignes directrices suivantes :

- > Dépendance aux opioïdes : Traitement basés sur la substitution : recommandations de l'Office fédéral de la santé publique, de la Société suisse de médecine de l'addiction et de l'Association des médecins cantonaux suisses
- > Recommandations médicales actualisées de la société suisse de médecine des addictions pour les traitements basés sur la substitution en cas de dépendance aux opiacés⁴⁸
- > Un manuel en trois langues pour la mise en œuvre pratique des traitements basés sur la substitution⁴⁹

Réseau fribourgeois de santé mentale, chaîne des addictions

La chaîne des addictions du RFSM est le service public d'addictologie adulte (dès 18 ans) du canton. Elle est composée du Centre de traitement ambulatoire des addictions, à Fribourg et à Bulle, et de l'unité stationnaire Thalassa du Centre de soins hospitaliers de Marsens. La chaîne des addictions propose des prises en charge bilingues.

Le Centre de traitement des addictions prend en charge tous les problèmes de dépendance, aussi bien aux substances illicites (opiacés, cocaïne, cannabis, ...) que licites (alcool, médicaments). Pour les dépendances aux opiacés sont offerts des programmes de substitution, notamment à la méthadone. Le jeu excessif et la dépendance à Internet font aussi l'objet de programmes thérapeutiques spécifiques. Les prestations offertes sont de type médical, psychologique et social. Une médecin somaticienne assure les soins physiques. Le Centre collabore avec plusieurs

⁴⁸ www.ssam.ch/SSAM/fr/opioidsubstitution

⁴⁹ www.praticiens-addictions.ch

pharmacies, principalement en ville de Fribourg. En effet, certains patients suivent un traitement substitutif dans des pharmacies tout en bénéficiant parallèlement d'un suivi psychothérapeutique par l'équipe du Centre.

L'unité Thalassa dispose de 22 lits pour les soins spécialisés lors de l'addiction aux médicaments, à l'alcool ou aux drogues illégales. Les co-morbidités physiques impliquent une surveillance et un traitement somatique particuliers et soutenus. Cette unité dispose d'un espace pour des soins intensifs.

Quelques chiffres

Admissions stationnaires :

Année	Moyenne annuelle du nombre de lits	Entrées	Sorties	Journées d'hospitalisation	Taux d'occupation
2010	22	290	296	8'389	104.5
2009	22	311	308	7'876	98,1
2008	22	276	277	8'228	102.2

Les admissions ambulatoires de la chaîne des addictions pour 2008 ont été 220 et celles pour 2009 se sont élevées à 230. Pour 2010, le nombre d'admissions ambulatoires s'est élevé à 197.

Ambulatoires - chaînes des addictions	Exercice 2010	Exercice 2009	Exercice 2008
Recettes ambulatoires	-980'687	-836'000	-762'000
Charges ambulatoires	1'521'687	1'306'000	1'190'000
Résultat ambulatoire	541'000	470'000	428'000
Nouvelles admissions ambulatoires	197	230	220

Hospitalisation - chaînes des addictions		Exercice 2009	Exercice 2008
Recettes d'hospitalisation	-1'986'300	-1'878'000	-1'934'000
Charges d'hospitalisation	4'672'000	4'400'000	4'242'000
Total CH. SOINS ADDICTIONS MARSENS	2'685'700	2'522'000	2'308'000
Journées d'hospitalisation	8'389	7'876	8'228

Hôpital fribourgeois

L'hôpital fribourgeois effectue des sevrages et propose une prise en charge somatique pour des patients souffrant d'addiction, essentiellement à l'alcool. Il intervient aussi en situation d'urgence.

En 2010, 106 patients ont été pris en charge pour un sevrage d'alcool (diagnostic primaire). Les principaux modes de sortie ont été le retour au domicile et le transfert au centre hospitalier de Marsens. 493 autres patient/e/s pris en charge au HFR avaient un problème d'alcool comme diagnostic secondaire. Le nombre d'hospitalisation pour des intoxications s'est élevé à 343.

Le HFR joue également un rôle important dans la détection des problèmes d'addictions auprès de patients hospitalisés pour d'autres pathologies. Il collabore étroitement avec la chaîne d'intervention de crise et de liaison hospitalière du Réseau fribourgeois de santé mentale.

Fondation le Torry

La Fondation la Torry est un centre de traitement des dépendances spécialisé en alcoologie. Des séjours résidentiels axés sur la clientèle sont proposés dans un climat de confiance et de respect. Des programmes spécifiques favorisent un changement de comportement et la redécouverte de compétences et de richesses. Permettre à chacun de réapprendre à faire des choix et trouver des alternatives aux comportements addictifs constitue ainsi le fil rouge de la démarche. A terme, l'objectif poursuivi est de maintenir et/ou de retrouver une intégration sociale, culturelle et/ou professionnelle respectueuse et de qualité.

Le Torry travaille selon une approche bio-psycho-sociale et trois axes : l'expression verbale, par des groupes de paroles centrés sur un thème, des entretiens individuels... De l'expression « moins verbale » par l'art-thérapie et une remise en forme physique par un peu de sport et une réappropriation de son corps

Les langues pratiquées dans le Centre sont le français et l'allemand.

Les programmes de la Fondation le Torry sont :

> Le programme « postsevrage »

Durée minimum : 5 semaines de séjour résidentiel

> Objectifs spécifiques:

- > Prendre conscience des comportements addictifs
- > Réfléchir à un nouveau style de vie sans alcool et autres substances psychoactives
- > Définir des objectifs personnalisés
- > Développer des capacités de communication

> Le programme « réinsertion socioprofessionnelle »

Durée minimum : selon l'objectif, maximum 24 mois

> Objectifs spécifiques:

- > Consolider les acquis du programme « postsevrage »
- > Gérer les confrontations avec l'extérieur
- > Approfondir la réflexion alcoologique

- > Mettre en place de nouveaux objectifs
- > Préparer la sortie

Le groupe cible admis au Torry est celui des personnes qui reconnaissent avoir une difficulté avec la consommation d'alcool et/ou de médicaments ; qui ont l'alcool comme toxique de 1er choix (pour les personnes polytoxycodépendantes);qui acceptent de vivre l'expérience d'une abstinence totale de tout produit psychotrope non prescrit par un médecin durant le séjour ; qui ont une autonomie physique pour la majorité des actes quotidiens ; qui ont une capacité de pouvoir suivre au moins à 50 % le programme « réinsertion » ; qui ont la capacité d'assumer un milieu ouvert ; qui peuvent avoir double diagnostic avec suivi médical ; âge : 20 – 65 ans (18 selon situation individuelle + institutionnelle) ; langue : F. ou A. (compréhension)

Les prestations supplémentaires de la Fondation le Torry sont :

- > Alcochoix+ : il s'agit d'un outil qui permet de mesurer et de choisir sa relation à l'alcool. Il permet à certains consommateurs excessifs de mettre en place des stratégies pour modifier leur comportement afin d'améliorer leur qualité de vie. Alcochoix+ a été spécifiquement développé pour les consommateurs excessifs qui ont une relation à l'alcool qui les interroge. Il aide donc ces consommateurs à évaluer une possible reprise de contrôle sur la consommation ou, en cas d'échec, à prendre la décision de l'abstinence. Pour les personnes germanophones, la méthode Koerkel a été introduite.

Ces programmes ont lieu dans d'autres locaux que ceux du centre résidentiel.

- > Al-coline : ligne téléphonique ouverte 24 heures sur 24 ; les intervenants donnent et/ou oriente les appelants (personne concernées, médecins, familles, service sociaux....)
 - > Offres aux proches : accueil des enfants durant le week-end selon les normes de l'institution, cours de cuisine sans alcool, collaboration avec des groupes d'entraide
 - > Suivi ambulatoire après le séjour : groupes de prévention à la rechute hebdomadaires durant 6 à 12 mois, possibilité de prendre des repas au Centre, participation à l'atelier d'expression créative (une fois par semaine), formation
 - > Cours d'alcoologie
 - > Suivi ambulatoire après le séjour :
 - > Groupes de prévention à la rechute (hebdomadaires durant 6 à 12 mois, avec possibilité le contrat de trois mois en trois mois dans des situations exceptionnelles.
 - > Cours d'affirmation de soi bimensuelles
 - > Exceptionnellement, possibilité de prendre des repas au centre sur demande.
- Cours d'alcoologie pour professionnels de la relation d'aide.

Quelques chiffres

Année	Personnes accueillies	Taux d'occupation	% journées fribourgeoises
2010	56	92.62	100
2009	44	94.01	100
2008	58	85.68	100
2007	52	86.29	99.48

Alcochoix (et Koërkel) : 24 personnes ont bénéficié de ce programme en 2009 (13 pour Alcochoix ; 11 pour Koërkel). 21 personnes ont bénéficié de ce programme en 2010 (13 pour Alcochoix ; 9 pour Koërkel)

Al-coline : en 2009, 272 demandes d'aide ont été consignées pour un total de 3'898 minutes. En 2010, 139 appels ont été relevés pour une durée de 1764 minutes.

Année	Total des produits/charges	Produits principaux			
		SPS ⁵⁰	SSP ⁵¹	Produits ateliers	Contribution usagers
2010	3'111'650	2'512'938	21'880	316'331	244'385
2009	2'989'840	2'384'444	21'880	304'229	266'448
2008	2'914'254	2'369'044	21'880	267'666	242'110
2007	2'620'202	2'081'876	21'880	245'561	279'257

	Budget2011	Comptes 2010 ⁵²	Comptes 2009	Comptes 2008
Dotation du personnel en EPT	19.45	19.21	18.92	19.70
Taux du personnel formé⁵³	80.82%	73.74%	80.29%	80.19%
Personnel administratif en EPT⁵⁴	2.40	2.42	2.30	2.30

⁵⁰ Service de la prévoyance sociale

⁵¹ Service de la santé publique (pour des projets spécifiques)

⁵² Les comptes 2008-2010 n'ont pas encore été révisés par le SPS

⁵³ Personnel formé: classe de salaire ≥ 17

⁵⁴ Direction comprise

Personnel d'encadrement en EPT	14.55	14.36	14.12	13.65
Autres en EPT	2.50	2.43	2.50	3.75
Taux du pers. adm. par rapport au pers. d'enc.	16.49%	16.85%	16.29%	16.85%

La Fondation le Torry est certifiée QuaThéDA⁵⁵.

Fondation le Tremplin

La Fondation le Tremplin a pour but la prise en charge de toute personne en difficultés, à la suite de problèmes liés à la toxicomanie, et ce, principalement en vue d'une réinsertion socioprofessionnelle. La Fondation a plusieurs secteurs d'activité.

> Service social

Le service social de la Fondation Le Tremplin est un centre de consultation et d'accompagnement ambulatoire pour toute personne concernée par des difficultés avec les drogues.

Il offre des informations et un suivi tenant compte des spécificités des produits, une prévention adaptée au mode de consommation, un soutien dans les démarches administratives et financières, une orientation vers des soins adaptés (substitution, post-cure, soins palliatifs), une clarification des liens avec les proches et l'entourage, une aide à la réinsertion socioprofessionnelle, une collaboration étroite avec différents partenaires du réseau sanitaire, social, judiciaire et familial, des prestations gratuites et la confidentialité garantie, accompagnement et suivi possible dans différentes langues.

Les objectifs fixés avec l'individu vont de la gestion de crise jusqu'au suivi à long terme.

> Centre de jour « Au Seuil »

Le Centre propose un accueil à "seuil bas" de femmes et d'hommes toxicodépendants. Il propose des repas, bar sans alcool - ateliers d'expression - sport, détente, découvertes - minijob (cuisine et service). Sa finalité est le maintien du lien social.

Les objectifs du Centre sont :

- > La construction du lien social
 - > le développement de la personne
 - > la valorisation de la personne
 - > la permanence du lien social
- > La prévention et l'aide à la survie
 - > la réduction des risques liés à la consommation de drogues
 - > l'amélioration des conditions de vie

⁵⁵ Qualité Thérapie Drogues Alcool, norme de qualité dans le domaine des addictions

- > l'amélioration de la santé physique et psychique
- > L'insertion sociale
 - > la réhabilitation
 - > la représentation sociale.

Le Centre assure également l'échange de matériel stérile. Il dispose aussi d'un automate externe garantissant l'accessibilité aux seringues 24 heures sur 24.

Le Centre est ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 15h00.

> Les ateliers de Fribourg

Les ateliers de Fribourg sont une entreprise sociale : un lieu de travail social et un lieu de production pour des personnes toxicodépendantes ou en difficultés.

Objectifs des ateliers :

- > Le réentraînement au travail : reprise de contact avec le monde du travail (respect des horaires, observations, évaluations) à travers les différentes activités proposées par les ateliers.
- > L'occupation : développement des acquis, développement personnel, responsabilisation, préorientation professionnelle (entretiens / conseils).
- > La réinsertion professionnelle : stages, accompagnement dans les démarches de postulation, rendement au travail, etc...

Les activités menées sont :

- > fabrication et restauration de meubles et d'objets en bois
- > cannage de chaises
- > vannerie
- > fabrication d'articles de pêche
- > conciergerie
- > activités ludiques

Critères d'admission :

- > la motivation
- > l'aptitude au travail
- > l'acceptation du règlement des ATF
- > la signature du contrat de travail
- > la garantie financière pour les travailleurs extracantonaux

Les ateliers de Fribourg peuvent accueillir 20 usagers.

> Le Parcours Horizon

Le Parcours Horizon est un centre de réinsertion sociale et professionnelle pour personnes visant l'abstinence ou ayant décidé de ne plus consommer de produits psychotropes illégaux.

Il offre la possibilité d'y faire des courts ou moyens séjours (dès 6 semaines) ainsi que des séjours de longues durées (12 à 18 mois).

Le Parcours Horizon accepte des personnes avec traitement de méthadone ou tout autre traitement de substitution.

Le centre propose une double insertion (réinsertion sociale avec le foyer et réinsertion professionnelle avec l'atelier) en deux étapes (1re étape en foyer et en atelier, 2e étape en studio et en stages professionnels dans l'économie libre).

Le groupe cible admis au Foyer Horizon est celui des personnes toxicodépendantes, sevrées ou prêtes à entreprendre un sevrage, minimum 18 ans, volontaire ou en placement pénal, parlant français, hommes ou femmes.

Le centre dispose de 14 places mais, depuis 2006, le budget et la dotation sont calculés pour accueillir 9 personnes.

> Centre Empreinte

Le Centre Empreinte est un centre de soutien et de prévention dans le domaine du vih/sida. Il fait office d'Antenne fribourgeoise de l'Aide suisse contre le sida.

Il propose :

- > des rencontres et des échanges
- > un espace pour parler sans jugement de son quotidien, de diversité et d'orientation sexuelles, de coming out
- > de l'information sur le VIH/sida et les IST
- > des boissons à prix coûtant
- > des souper-rencontre dans le but de favoriser les liens entre les personnes concernées par le VIH et les bénévoles d'Empreinte
- > des actions de prévention et d'information auprès du public, de certains publics cibles, interventions-témoignages, centre de documentation, travail en réseau, etc.
- > une permanence téléphonique : 026 424 24 84

Le centre Empreinte est le coordinateur de la Coordination sida Fribourg. Il assure la collaboration entre les institutions et associations actives dans le domaine de la prévention du vih/sida et des infections sexuellement transmissibles.

Des actions communes sont organisées, comme par exemple, les manifestations du 1er décembre, journée mondiale de lutte contre le sida.

Quelques chiffres

	Année	Dossiers
Service social	2010	177
	2009	176 dossiers
	2008	190 dossiers
	2007	186 dossiers

Au Seuil et ateliers de FR	Année	Usagers
	2010	50 ateliers, 30-100/jour Seuil
	2009	52 ateliers, 30-100/jour Seuil
	2008	44 ateliers, 30-100/jour Seuil
	2007	49 ateliers, 30-100/jour Seuil

F. Horizon	Année	Personnes accueillies	Taux d'occupation	% journées fribourgeoises
	2010	19	98.6	98.4%
	2009	17	61.8	92%
	2008	15	55.6	100%
	2007	16	83.3	100%

Service social	Année	Total des produits/charges	Produits principaux		
			SASoc ⁵⁶	OFAS ⁵⁷	LoRo ⁵⁸
	2010	1'467'015	900'000	407'871	150'000
	2009	1'463'111	900'000	405'576	150'000
	2008	1'334'723	900'000	393'831	130'000
2007	1'340'714	875'000	388'815	150'000	

Au Seuil et ateliers de FR	Année	Total des produits/charges	SPS ⁵⁹	Commune de Fribourg	LoRo	Produits ateliers
			2010	1'316'437	1'132'607	20'000
	2009	1'319'984	1'160'837	20'000	0	131'099
	2008	1'248'295	1'081'960	20'000	20'000	120'134
	2007	1'337'212	1'161'636	20'000	20'000	134'174

F. Horizon	Année	Total des produits/charges	SPS	Produits autres cantons	Produits ateliers	Contribution usagers
			2010	1'542'420	978'268	25'599
	2009	1'499'399.00	1'218'090	111'751	98'125	156'172
	2008	1'500'135	1'324'354	0	102'438	70'200
	2007	1'433'432	1'244'701	0	77'464	105'730

⁵⁶ Service de l'action sociale

⁵⁷ Office fédéral des assurances sociales

⁵⁸ Loterie romande

⁵⁹ Service de la prévoyance sociale

	Budget 2011					Comptes 2010 ⁶⁰				
	Serv. So.	Seuil	At. FR	P.Hor.	Emp.	Serv. So.	Seuil	At. FR	P.Hor.	Emp.
Dotation du personnel en EPT	28.52					28.37				
Taux du personnel formé⁶¹ %	85.71	33.33	66.67	37.50	50.00	85.71	33.33	40.00	50.00	50.00
Personnel administratif en EPT⁶²	6.40					6.40				
Personnel d'encadrement en EPT	21.12					20.97				
Autres en EPT	1.00					1.00				
Taux du pers. adm. par rapport au pers. d'enc.	30.30%					30.52%				

	Comptes 2009					Comptes 2008				
	Serv. So.	Seuil	At. FR	P.Hor.	Emp.	Serv. So.	Seuil	At. FR	P.Hor.	Emp.
Dotation du personnel en EPT	28.39					28.52				
Taux du personnel formé⁶³ %	87.5	50.00	33.33	37.50	66.67	87.50	40.00	25.00	54.54	75.00
Personnel administratif en EPT⁶⁴	6.48					6.45				
Personnel d'encadrement en EPT	20.91					21.07				

⁶⁰ Les comptes 2008-2010 n'ont pas encore été révisés par le SPS.

⁶¹ Personnel formé: classe de salaire \geq 17

⁶² Direction comprise

⁶³ Personnel formé: classe de salaire \geq 17

⁶⁴ Direction comprise

Autres en EPT	1.00	1.00
Taux du pers. adm. par rapport au pers. d'enc.	30.99%	30.61%

La Fondation le Tremplin est certifiée QuaThéDA⁶⁵ et ISO 9001.

Association le Radeau

L'association Le Radeau gère un centre d'accueil s'adressant à toute personne concernée par les comportements addictifs, en particulier par l'abus de drogues, d'alcool et de médicaments. Il dispose de 12 places pour adultes.

Le Radeau offre une prise en charge individuelle dans un contexte de groupe à travers des ateliers de travail et de création (boulangerie, cuisine), des espaces de parole à but thérapeutique (groupes de prévention de la reconsommation, groupes affirmation de soi, entretiens individuels et de famille), des activités de loisirs et un atelier sport en vue d'une réinsertion socio-professionnelle (tant dans l'économie libre que dans des ateliers et appartements protégés).

Le Radeau offre des séjours à long terme (3 mois à 3 ans), ponctués par des évaluations trimestrielles. Durant les derniers mois du séjour, l'accent est mis sur la recherche d'emploi, de formation, de perfectionnement professionnel ainsi que sur la préparation de la sortie de l'institution.

Le Radeau est ouvert :

- > aux adultes dès 18 ans
- > seul(e) ou en couple
- > avec ou sans traitement de substitution
- > aux personnes avec une privation de liberté selon art. 397 CCS ou mesure selon art. 59/60 CPS

Le Radeau propose, suite au séjour résidentiel au sein de l'institution, une postcure sous forme d'entretiens individuels et un suivi adapté aux besoins, sur le site de l'institution ou à domicile.

⁶⁵ Qualité Thérapie Drogues Alcool, norme de qualité dans le domaine des addictions

Quelques chiffres

Année	Personnes accueillies	Taux d'occupation	% journées fribourgeoises
2010	21	93.08	78.3
2009	24	89.8	84.7
2008	27	85.3	79.6
2007	23	88.7	50.4

Année	Total des produits/charges	Produits principaux			
		SPS ⁶⁶	Produits ateliers	Autres produits	Contribution usagers
2010	1'719'785	662'996	269'943	77'987	708'759
2009	1'662'946	846'770	280'318	33'705	498'582
2008	1'691'090	888'237	272'129	31'758	487'985
2007	1'595'253	558'500	244'080	32'990	753'920

	Budget 2011		Comptes 2010 ⁶⁷		Comptes 2009		Comptes 2008	
	Foyer	Ateliers	Foyer	Ateliers	Foyer	Ateliers	Foyer	Ateliers
Dotation du personnel en EPT	12.45		12.19		12.27		12.25	
Taux du personnel formé⁶⁸	78.53%	32.00%	82.77%	29.14%	82.16%	48.65%	26.32%	80.14%
Personnel administratif en EPT⁶⁹	1.60		1.57		1.63		1.69	
Personnel d'encadrement en EPT	9.65		9.52		9.55		9.79	
Autres en EPT	1.20		1.10		1.09		0.77	

⁶⁶ Service de la prévoyance sociale

⁶⁷ Les comptes 2008-2010 n'ont pas encore été révisés par le SPS.

⁶⁸ Personnel formé: classe de salaire ≥ 17

⁶⁹ Directrice comprise

Taux du pers. adm. par rapport au pers. d'enc.	16.58%	16.49%	17.07%	17.26%
---	--------	--------	--------	--------

L'Association le Radeau est certifiée QuaThéDA⁷⁰.

Réseau fribourgeois de santé mentale, chaîne de l'adolescence

La chaîne de soins de l'adolescence du secteur de psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents du RFSM a pour mission la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique de la population âgée de 13 à 18 ans du canton de Fribourg.

La chaîne dispense des prestations sur différents sites : le site hospitalier du Centre de soins hospitaliers de Marsens (Chrysalide), les sites ambulatoires du Centre de pédopsychiatrie de Fribourg et du Centre de soins en santé mentale de Bulle ainsi que les consultations régionales de Tavel, Meyriez, Estavayer-le-Lac et Romont.

La chaîne recourt également au Centre de traitement de jour de Fribourg et fait appel à l'unité de Secteur « PsyMobile », qui intervient dans l'environnement social, familial et scolaire du/de la patient/e. La chaîne propose également, à la Chrysalide, selon les besoins, des prestations de centre de jour ou de nuit.

De plus, les intervenants de la chaîne peuvent collaborer en tant que consultants dans les maisons d'éducation pour enfants et adolescents.

Les intervenants de la chaîne travaillent selon une vision interdisciplinaire alliant compétences médicales, psychothérapeutiques, sociales et infirmières en offrant une approche psychiatrique intégrative moyennant une évaluation bio-psycho-sociale.

En ce qui concerne les prestations stationnaires, les jeunes consommateurs de cocaïne, cannabis et amphétamines sont pris en charge à La Chrysalide. Ces produits provoquent au moment du sevrage des symptômes englobant des variations de l'humeur, des troubles des conduites ainsi que des troubles du caractère.

En raison de la nécessité de recourir à des traitements substitutifs, la prise en charge des consommateurs d'opiacés n'a en général pas lieu à La Chrysalide (au cas par cas), mais requiert la collaboration de la chaîne des addictions pour adultes, l'unité Thalassa. C'est également le cas pour les jeunes consommateurs de somnifères.

Entre 2009 et 2010, 5-6 patients ont été pris en charge en lien avec une problématique complexe de consommation.

En ce qui concerne les prestations ambulatoires, les jeunes consommateurs sont évalués et suivis, éventuellement en collaboration avec d'autres spécialistes et services spécialisés.

⁷⁰ Qualité Thérapie Drogues Alcool, norme de qualité dans le domaine des addictions

Association REPER

REPER a pour buts de contribuer à la promotion de la santé et de développer toutes mesures utiles à la prévention des dépendances et des situations à risques. Cette association s'adresse à un large public, tout en privilégiant son action auprès des jeunes. Elle agit principalement dans les trois domaines suivants:

- > La promotion de la santé, selon les principes et stratégies de la Charte d'Ottawa, par le renforcement des ressources personnelles et sociales des personnes et des groupes concernés.
- > La prévention primaire, par les programmes d'information et de formation, ainsi que le développement et l'accompagnement de projets qui impliquent jeunes et adultes en s'adaptant à leurs besoins.
- > La prévention secondaire, par les programmes d'accueil et d'aide ambulatoire des adolescents et des adultes confrontés à des situations à risques:
 - > les carences affectives et relationnelles
 - > les addictions
 - > l'exclusion et la stigmatisation sociales
 - > le non emploi ou la non formation.

Les prestations de REPER se développent selon cinq axes principaux:

- > l'information directe relayée par notre centre de documentation multimédias et notre réseau
- > le conseil et l'accompagnement individuel et de groupe, sur site et dans la rue
- > l'animation de programmes spécifiques, tant en prévention primaire que secondaire
- > l'accompagnement de projets dans les écoles, les communes et sur d'autres sites
- > des formations sur mesure pour professionnels et bénévoles

Public cible

Tout public mais priorité est faite aux jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes) et aux adultes qui les entourent (parents, enseignants, éducateurs, moniteurs, entraîneurs sportifs, etc.)

Les interventions à l'attention des adolescents sont plus particulièrement:

- > **Rond-point:** programme d'intervention précoce en groupe ou en individuel pour les 13-18 ans. Basé sur l'approche motivationnelle, le programme est proposé sur les thèmes de l'alcool, du cannabis et des addictions sans substances (jeux, écrans). Travail sur mandat possible, notamment de la justice pénale des mineurs.
- > **Programme Choice:** programme de prévention destiné aux jeunes en scolarité obligatoire qui vivent une situation difficile ou dont le comportement va à la dérive. Composé d'entretiens individuels et de famille ainsi que d'ateliers en groupe, il se déroule sur une période de 6 mois. Le but ce programme est de renforcer durablement les ressources individuelles des jeunes, de développer des stratégies de résolution de problèmes et d'augmenter l'auto-compétence.
- > **Accompagnement socio-éducatif:** suivi individualisé de jeunes de 12 à 25 ans et de leur famille sur les problématiques qui les concernent (addictions, relations personnelles, ...). Les entretiens se basent sur une approche motivationnelle et orientée sur les ressources de la personne. Travail sur mandat possible en fonction de la demande.

- > **Permanence éducative** : un accueil en milieu ouvert pour les jeunes de 14 à 25 ans, avec offre d'ateliers d'expression, de création, de santé et de bien-être. Le jeune peut venir librement s'informer, chercher un soutien, une aide, une écoute, concrétiser un projet, rencontrer des pairs et créer des liens.
- > **Permanence sociale de rue** : aller à la rencontre des adolescents et jeunes adultes de 12 à 25 ans sur leurs lieux de vie et subsidiairement aux personnes de plus de 25 ans souffrant d'addictions. Le but étant de tisser des liens avec le public cible afin de permettre aux jeunes d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé psychique et physique. Favoriser l'accès à la citoyenneté leurs permettent de développer de nouvelles compétences sociales.
- > **Sortir ensemble et se respecter**: programme de prévention des comportements abusifs et de promotion des relations saines dans les relations amoureuses ou amicales pour les 12-25 ans.
- > **F3+**: programme sur 3 jours permettant aux jeunes d'acquérir des outils pour les démarches professionnelles et d'augmenter leur confiance en eux, ceci en intégrant leurs parents à cette démarche afin d'améliorer leur intégration par une meilleure connaissance du tissu social. Possibilité de mandater des interprètes pour les migrants.
- > **Préformation (Semo)** : programme de 6 mois à 1 année (ateliers, coaching, stages) destiné aux jeunes de 15 à 25 ans constituant une passerelle entre le monde de l'école et du travail. La PréFO offre de l'aide à l'orientation professionnelle et à l'intégration socioprofessionnelle des jeunes en difficultés.

Par rapport au suivi de jeunes avec une problématique d'addiction ou de consommation problématique, ce sont principalement les programmes Rond-point (secteur IP), Choice (Secteur RD) et l'accompagnement socio-éducatif (secteur RR) qui sont à disposition.

Suchtpräventionsstelle

Die Suchtpräventionsstelle ist eine Einrichtung des Vereins für Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Sie hat laut Staatsratsmandat gesundheitsfördernde und suchtpreventive Entwicklungen in allen Lebensbereichen im Raum Deutschfreiburg zu unterstützen zu begleiten und zu initiieren. Sie sucht die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen oder Einzelpersonen.

Beratung & Begleitung

Beratung und Begleitung persönlich oder telefonisch:

- > Betroffene, ihre Angehörigen und Nahestehenden über Hilfsmöglichkeiten und -angebote.
- > SchülerInnen, Lehrpersonen, Veranstalter, Behörden und alle im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention Tätigen:
 - > Früherkennung
 - > Gesundheitsförderung in den Schulen
 - > Prävention in Sportvereinen
 - > Medienerziehung
 - > Gewalt- und Mobbingprävention
 - > Substanzkonsum und andere Suchtverhalten

Information & Öffentlichkeitsarbeit

Information über Suchtverhalten, gesellschaftliche Hintergründe, Unterstützungsstrategien gegenüber Gefährdeten und über Beratungs- und Behandlungsangebote

- > Versand von Newsletter per Mail für die MediatorInnen
- > Abgabe von Broschüren, Arbeitshilfen und Unterrichtsmaterialien

Sensibilisierung der Öffentlichkeit mittels:

- > Vorträge
- > Medienmitteilungen / Stellungnahmen
- > Infoständen

Interessenvertretung und Vernetzung

Zusammenarbeit mit Fachpersonen, Fachstellen und Behörden, wie z.B.:

- > Oberamt des Sense- und Seebezirks
- > Jugendamt, Jugendstrafkammer
- > Polizei
- > Jugendpsychiatrischer Dienst
- > PolitikerInnen
- > Verein der Soziantätigen Deutschfreiburg (VSD)
- > Verein für Kinder- und Jugendförderung Deutschfreiburg (VKJ)
- > Verein Netzwerk Essstörungen Deutschfreiburg
- > Schulen und Elternvereine

Projektarbeit

Mittels diverser Projekten setzt die Suchtpräventionsstelle das Anliegen der Prävention und Gesundheitsförderung in enger Zusammenarbeit mit ihren PartnerInnen und Zielgruppen konkret um:

- > Bildschirmfreie-Woche - Medienerziehung
- > Cool and Clean - Prävention und Fairness in Sportvereinen
- > Jugendschutz - Massnahmen zur Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen im Bereich Jugendschutz und Alkoholausschank
- > Gewalt- und Mobbingprävention - Streitschlichterprogramm, Klassenklima
- > Gesprächsrunden für Jugendliche zu den Themen Alkohol, Cannabis oder on-line Aktivitäten
- > Bewegte Schule - "Purzelbaum" ein Projekt für mehr Bewegung im Kindergarten

Weiterbildung

Durch Beratung und Fortbildungen gibt die Suchtpräventionsstelle Impulse für ein gesundheitsförderndes Verhalten.

- > Pädagogische Hochschule
- > Universität Freiburg - LehrerInnenbildung
- > WeiLe Weiterbildung für Lehrkräfte
- > FIAZ-Kurse (Fahren in angetrunkenem Zustand)
- > Gastronomie-Kurse

Angebot der Suchtpräventionsstelle für Jugendliche mit einem risikoreichen Konsumverhalten:

- > Individuelle Beratung des/der Jugendlichen
- > Beratung der Angehörigen und Nahestehenden des/der Jugendlichen
- > Familiengespräche
- > Abgabe von Informationsbroschüren
- > Früherkennungsprojekt „Zurück in die Zukunft“ :
Die Jugendlichen diskutieren in Kleingruppen mit anderen Jugendlichen, angeleitet durch eine Fachperson der Suchtpräventionsstelle, über ihren Umgang mit Alkohol, Cannabis oder neue Medien/Computer. Ziel ist eine Sensibilisierung der Jugendlichen für die Thematik und bestenfalls eine Reduktion eines risikoreichen Verhaltens. Im Sinne der Früherkennung werden Jugendliche mit einem deutlichen Risikoverhalten auf mögliche Hilfsangebote aufmerksam gemacht. Das Projekt umfasst auch eine Beratung der Eltern und weiteren Bezugspersonen.

Die Suchtpräventionsstelle führt bei einer vorliegenden Suchterkrankung keine längerfristigen therapeutischen Massnahmen durch. Besteht der Verdacht auf eine bestehende Sucht, sowie bei weiteren komplexeren Fragestellungen, welche eine therapeutische Massnahme oder längerfristige Begleitung verlangen, übernimmt die Suchtpräventionsstelle eine Triage-Funktion.

Placements hors canton

L'Etat peut financer les coûts de prise en charge dans les institutions cantonales mais aussi dans celles situées hors canton pour des personnes qui, en raison de leur âge ou de la chronicité de leurs problèmes d'addiction, nécessitent un lieu de vie et une activité adaptés à leurs besoins qui ne se trouvent pas dans le canton.

Ainsi, chaque année, environ 20-30 garanties de prise en charge financières sont octroyées pour des prises en charge extra-cantonales. Les principales institutions qui accueillent ces personnes fribourgeoises sont le Foyer André (NE) et le Tannenhof (BE).

Ces institutions sont des structures résidentielles qui s'adressent à des personnes dépendantes provisoirement ou définitivement pas en mesure de se réintégrer dans le circuit socio-économique. Elles se caractérisent par une grande accessibilité et offrent des prises en charge allant jusqu'au très long terme (plusieurs années). Les personnes prises en charge par ces structures présentent une inadaptation avérée aux programmes proposés par les diverses institutions spécialisées.

Conformément aux dispositions de la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS), une institution qui désire accueillir une personne ayant pour domicile un autre canton doit se prémunir, avant toute admission, d'une garantie de prise en charge financière (GPCF) du canton de domicile. Agissant pour la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS), le Service de la prévoyance sociale (SPS) est compétent pour octroyer une telle GPCF. La législation cantonale

prévoit que la nécessité d'un éventuel placement dans une institution sise hors canton soit fondée sur l'avis de personnes qualifiées. Dans ce sens, une procédure de collaboration entre le SPS, la chaîne des addictions du RFSM, l'association le Radeau, la fondation le Tremplin et la fondation le Torry a été élaborée dans le cadre du volet « indication et case management » du projet de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction.

Autres prestations

Outre la prise en charge spécialisée, de nombreuses personnes souffrant d'addiction sont prises en charge ou suivies par les structures suivantes :

> Accueil de nuit, la Tuile

Le Centre a enregistré, en 2009, 25 personnes qui ont fait des séjours de plus de 3 mois. Les $\frac{3}{4}$ des ces usagers avaient des problèmes d'addiction.

> Etablissements de Bellechasse - Foyer de la Sapinière

Le foyer accueille une majorité de personnes condamnées à des peines privatives de liberté pour un séjour d'une année au maximum (amendes converties ou courtes peines privatives de liberté fermes), ainsi que quelques personnes placées à des fins d'assistance ou en exécution d'une mesure privative de liberté pénale⁷¹.

> Services sociaux, tutelles, curatelles

> Service de probation, tribunal des mineurs, justices de paix

> Alcooliques anonymes

⁷¹ En ce moment, est actif un groupe de travail interdisciplinaire appelé « Avenir du Foyer La Sapinière et prise en charge sanitaire des condamnés pénaux »