

Évaluation de la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève

Rapport final

28 octobre 2021

Gaspard Ostrowski

Lucien Scherly

Rima Bey

Table des matières

1. MANDAT	4
1.1. Contexte et enjeux de l'évaluation	4
1.2. Objectifs du mandat.....	5
1.3. Considérations méthodologiques	6
1.4. Limites méthodologiques.....	10
2. SPÉCIFICITÉ HELVÉTIQUE ET DISPOSITIF GENEVOIS	11
2.1 Notions d'addiction et de toxicomanie.....	11
2.2 Évolution des consommations et de la prise en charge des addictions	12
2.3 Aperçu de la situation dans d'autres cantons romands	14
3. ENQUÊTE AUPRÈS DE PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTION(S)	17
3.1 Profil(s) des personnes interrogées	17
3.2 Situation et besoins en matière de santé	19
3.3 Situation et besoins financiers.....	21
3.4 Situation et besoins en matière de prise en charge	22
4. RÉSEAU D'ACTEURS OU CARTOGRAPHIE	26
4.1 Acteurs.....	27
4.2 Financement des acteurs	29
4.3 Nature de la prise en charge, catégories des addictions prises en charge et prestations fournies	30
5. CONCLUSIONS	33
6. RECOMMANDATIONS	38
ANNEXE I : CARTOGRAPHIE ILLUSTRÉE - PICTOGRAMMES	42
ANNEXE II : LISTE DES INTERLOCUTEURS INTERROGÉS	45
ANNEXE III : CARTOGRAPHIE (TABLEAU EXCEL)	46
LE TABLEAU EST PRÉSENTÉ DANS UN FICHER SÉPARÉ AFIN DE GARANTIR SA LISIBILITÉ.	46
ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE	47
DONNÉES INITIALES SUR LE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE	47
PROFIL	47
SANTÉ	48
SITUATION FINANCIÈRE	49
DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE	50
FIN DE L'ENTRETIEN & CONDITIONS DE RÉCOLTE	51

Remerciements

Nous souhaitons remercier ici l'ensemble des personnes rencontrées et interrogées avec qui nous avons pu échanger pour leur disponibilité et leur précieuse contribution à la présente évaluation et plus particulièrement, les collaborateurs rencontrés des différentes institutions du réseau d'acteurs actifs dans la prise en charge de personnes souffrant d'addiction(s) à Genève, les institutions qui nous ont ouvert leur porte pour mener le module d'enquête auprès des bénéficiaires. Enfin, nos remerciements sont également tout particulièrement adressés aux bénéficiaires qui ont répondu favorablement à notre sollicitation de participer à l'enquête.

1. Mandat

Ce premier chapitre vise à poser le contexte et les enjeux de la présente évaluation. Il introduit également les objectifs du mandat et expose les principaux outils méthodologiques utilisés dans le cadre de cette analyse.

1.1. Contexte et enjeux de l'évaluation

Qu'il s'agisse de la consommation de substances licites telles que l'alcool et le tabac, de la consommation de substances illicites telles que de nombreux produits stupéfiants ou encore d'addictions sans substance comme celles aux jeux d'argent, au sexe ou au travail, les dépendances ont, de manière générale, des conséquences préjudiciables sur la santé physique et psychique des personnes dépendantes. Elles peuvent notamment conduire à des situations d'extrême précarité sur le plan tant financier que social. Certaines, comme la toxicomanie, qui est l'addiction aux substances psychotropes, peuvent avoir des conséquences dramatiques conduisant jusqu'au décès.

La réponse des acteurs publics en matière de prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) a évolué à travers le temps et en fonction de particularités propres à chaque pays et région et selon plusieurs modèles.

En matière de drogue, la Suisse a mis en place la politique dite « des quatre piliers ». Les quatre piliers définis sont : la prévention, la thérapie, la répression et la réduction des risques. Adoptée par le Conseil fédéral en 1996, cette politique a été développée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et inscrite dans la loi en 2006 lors de la révision de la loi sur les stupéfiants (LStup). Cette politique définit l'orientation et le cadre général dans lesquels la politique en matière de drogue doit s'inscrire. Conformément au fédéralisme d'exécution, la mise en œuvre concrète est à la charge des cantons. Ces derniers sont donc responsables de définir et mettre en place sur leurs territoires les différents outils de cette politique. Le financement des différents dispositifs leur incombe également et comme c'est souvent le cas en Suisse, les pratiques diffèrent d'un canton à l'autre.

Avant que la Suisse adopte la politique des quatre piliers, la prise en charge par l'État de la question des drogues a subi plusieurs évolutions. À chacune de ces évolutions, des acteurs se sont mis en place. Il en découle un réseau d'acteurs multiples et variés, offrant des prestations très diverses et qui ont été identifiés selon trois grandes catégories dans le cadre de la présente étude : acteurs de la prise en charge sanitaire, acteurs de la prise en charge sociale et acteurs actifs dans l'insertion socio-professionnelle des personnes souffrant d'addiction(s).

Cette évolution est également valable pour le canton de Genève, dans lequel un réseau d'acteurs important s'est développé autour de la politique des quatre piliers. En effet, sur le territoire cantonal, les 4 piliers se retrouvent comme suit : différents acteurs sont actifs dans le volet prévention, tandis que celui « traitement et thérapie » est assuré entre autres par des acteurs institutionnels dont le plus important en termes de taille sont les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). La police

assure le volet « répression » en luttant notamment contre le trafic de drogue. Mais c'est dans la mise en œuvre du pilier de « la réduction des risques » que le canton de Genève s'est montré précurseur avec la création en 2001 d'un centre d'accueil et de consommation à moindre risque, Quai 9.

Bien qu'il en existe aujourd'hui quelques-uns ailleurs en Suisse, ce centre faisait alors office de précurseur, puisque la seule condition d'accès était et reste d'avoir plus de 18 ans. Il offre de multiples prestations allant du matériel d'accompagnement de la consommation en passant par des dépistages VIH/hépatite C et B, un soutien en cas de besoin d'accompagnement et de l'information /prévention ainsi que la possibilité de consulter des personnels soignants. Ce projet a, de par son caractère bas seuil, contribué à réduire les contaminations VIH parmi les consommateurs de drogues. Il a également permis de pacifier les relations avec les riverains et de nombreux habitants évitant des scènes de consommations ouvertes dans l'espace public. C'est ainsi qu'un réseau d'acteurs variés et diversifiés s'est développé petit à petit sur l'ensemble du territoire cantonal pour faire face à des situations d'urgence ou pour répondre à des besoins surgissant dans divers moments et à diverses époques. Ces acteurs se retrouvent aujourd'hui opérant chacun dans des domaines différents et/ou à des étapes différentes de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s), sans que la coordination du réseau ne soit assurée au niveau du canton.

C'est face à ce constat que l'Office de l'action, de l'insertion et de l'intégration sociale (OAIS) du Canton de Genève a souhaité mener une évaluation externe de la prise en charge sociale des personnes souffrant d'une ou plusieurs addictions à des substances licites et / ou illicites.

Afin de mener ces travaux, l'OAIS a lancé un appel d'offres pour une évaluation de la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève à l'automne 2020. Le mandat d'évaluation externe a été confié à evaluanda SA, qui a débuté les travaux fin 2020. Le dispositif d'évaluation est organisé en cinq modules articulés notamment autour du développement d'une cartographie identifiant le réseau d'acteurs existant et de la réalisation d'une enquête auprès des bénéficiaires permettant de mieux cerner les besoins de ces derniers.

Bien que le mandat concerne la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) à des substances tant licites qu'illicites, la problématique de l'addiction aux produits stupéfiants prend un poids particulièrement important, puisqu'il s'agit de l'addiction ayant les conséquences les plus « visibles », d'une part, et parce que ce type d'addiction conduit davantage à l'exclusion pour les personnes qui en souffrent que les autres addictions. Lors de la réalisation de ce mandat, l'équipe d'évaluation a également été davantage rappelée aux problèmes et aux problématiques liés à ce type d'addiction qu'aux autres. L'alcool comme source de dépendance ou encore l'addiction aux jeux sont évoqués, mais dans une moindre mesure.

1.2. Objectifs du mandat

Afin de pouvoir bénéficier d'une vision globale et objective du fonctionnement du réseau d'acteurs actifs dans la prise en charge en matière d'addiction(s) à Genève, de ses forces et faiblesses et afin d'identifier d'éventuelles lacunes, l'évaluation avait pour objectifs de :

- 1) Développer une cartographie globale témoignant d'un état des lieux du réseau d'acteurs actifs dans la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève ;
- 2) Examiner par le biais d'une enquête auprès du public-cible si ses besoins en termes de prise en charge sociale sont couverts par les différents acteurs identifiés dans la cartographie ;
- 3) Contribuer aux réflexions de l'OAIS en vue du développement futur d'une stratégie cantonale en matière de prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s).

Les questions évaluatives suivantes, discutées avec la mandante, ont guidé le travail évaluatif :

- Comment le réseau de prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) à une ou plusieurs substances licites et / ou illicites est-il structuré ?
- De quelle prise en charge sociale les personnes souffrant d'addiction(s) ont-elles besoin, et ces besoins sont-ils couverts par les acteurs du réseau tels qu'il existe actuellement ?
- L'articulation entre les domaines du social, de la santé et de l'insertion socio-professionnelle permet-elle de répondre efficacement aux besoins des personnes concernées ?
- Quelles recommandations peuvent être faites pour améliorer la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) ?

1.3. Considérations méthodologiques

evaluanda a développé un dispositif méthodologique reposant sur un mélange d'instruments qualitatifs et quantitatifs pour mener son analyse. Cette approche, détaillée ci-dessous, a permis de donner la parole aux différents acteurs dans la prise en charge, à savoir : les autorités, les partenaires et les bénéficiaires.

Analyse documentaire

Pour initier ses travaux, l'équipe d'évaluation a d'abord réalisé une analyse de l'ensemble des documents produits par l'OAIS et les partenaires actifs dans le domaine. L'équipe a également consulté d'autres documents pertinents issus de ses propres recherches, notamment sur la politique fédérale en matière de drogue et la pratique dans d'autres cantons romands. Ainsi, des documents officiels tels que la Stratégie nationale Addiction 2017-2024, mais également des présentations de chercheurs tels que Frank Zobel ont été étudiés. Cette étape a enrichi la compréhension du contexte, des enjeux en présence et a permis de mettre en lumière la variété des besoins en matière de prise en charge. Cette étape a également permis à l'équipe d'évaluation de comprendre le contexte de la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève et de donner une grille de lecture du réseau d'acteurs, notamment de qui fait quoi, comment et dans quels domaines de la prise en charge.

Entretiens individuels

L'équipe d'évaluation a mené treize entretiens dont trois exploratoires et dix d'approfondissement. Ces entretiens ont été réalisés avec des interlocuteurs clefs du réseau d'acteurs genevois sélectionnés conjointement avec la mandante. Les entretiens ont été menés tantôt en personne, tantôt à distance selon la préférence des différents interlocuteurs. Ces entretiens ont été menés sur la base d'un canevas semi-directif adapté en fonction des différents interlocuteurs rencontrés.

Les questions ont essentiellement porté sur le dispositif existant à Genève, sur la collaboration entre les différents acteurs, les besoins identifiés par eux pour les bénéficiaires, leurs réponses à ces besoins et avaient pour but de déterminer les liens entre les différents acteurs du réseau ainsi que les principaux défis auxquels ils font face. Il s'agissait également de déterminer dans quelle mesure l'offre existante permet selon chaque structure de répondre aux besoins des bénéficiaires.

Dans un premier temps, trois entretiens exploratoires ont été menés avec différents représentants de structures institutionnelles et associatives actives dans la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) début 2021. Ils ont permis d'enrichir la compréhension du contexte et des enjeux au niveau du territoire genevois. Ils ont permis d'identifier les principaux besoins et les réponses apportées par le réseau d'acteurs à destination du public cible.

Dans un second temps, dix d'entretiens d'approfondissement ont été menés entre début avril et début juillet 2021 avec d'autres acteurs clefs du réseau genevois. Ils ont permis de mieux cerner les réalités du terrain, les typologies d'addictions et les différentes prestations offertes sur le canton pour répondre à ces besoins en fonction des spécificités de chacun des acteurs. Ces entretiens d'approfondissement ont également permis de mettre en lumière l'état actuel du fonctionnement du réseau d'acteurs, d'identifier ses points forts mais également ses faiblesses et ses possibilités d'amélioration.

Séance de restitution intermédiaire

Une séance de restitution intermédiaire des travaux a été menée avec la mandante dans le courant du mois d'avril 2021. Cette séance avait pour but de présenter les quelques premiers constats issus des travaux et de les discuter avec la mandante tout en identifiant des interlocuteurs supplémentaires.

Cartographie des acteurs

L'équipe d'évaluation a produit une cartographie des différents acteurs du réseau afin d'avoir une vision globale de l'offre existante sur le territoire du canton. Cette cartographie a été constituée en deux temps : dans un premier temps, l'équipe d'évaluation a effectué des recherches documentaires afin de récolter des données sur la typologie des structures et de l'offre déployée par le réseau d'acteurs. Ces données ont été récoltées lors des entretiens ainsi qu'à travers des recherches documentaires, principalement sur internet. Dans un second temps, les différentes données récoltées ont été vérifiées directement auprès des acteurs concernés par des échanges de courriels et / ou de brefs appels téléphoniques.

Cette cartographie, qui se présente sous la forme d'un tableau Excel consultable en annexe, fournit un panorama détaillé de tous les acteurs œuvrant dans le domaine de l'addiction dans le canton selon deux onglets :

- 1) Dans un premier onglet, les acteurs pour lesquels la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) constitue le cœur des activités ;
- 2) Dans un deuxième onglet, les acteurs œuvrant dans le domaine de l'addiction de manière indirecte. Pour cette deuxième catégorie d'acteurs, les questions d'addiction sont liées à leur activité en tant que partie intégrante des problématiques sociales auxquelles ils font face mais la réponse à l'addiction ne fonde pas le but premier de leur activité.

Cette cartographie recense également les types de prestations fournies, la typologie de prise en charge, des informations sur les structures ainsi que les contacts des responsables. Elle se veut ainsi comme un outil permettant d'identifier non seulement les acteurs, mais également la nature et le niveau d'implication de chaque structure dans la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s). En effet, les données récoltées ont été regroupées dans ce document selon trois grandes catégories :

- Descriptif de la structure : type de structure, activité dans les quatre piliers de la politique des drogues, nature du financement et de la mission ;
- Nature de la prise en charge : catégories d'addiction couverte (addictions substances légales, addictions stupéfiants, addictions sans substance), typologie de la prise en charge, prérequis pour la prise en charge, durée de la prise en charge et prestations fournies ;
- Coordonnées et informations de contact

Enquête auprès des bénéficiaires

Le dispositif d'évaluation a été complété par une enquête à destination des personnes souffrant d'addiction(s) qui avait pour but de comprendre le parcours des personnes interrogées, leur statut ainsi que leurs connaissances et fréquentations des différentes structures existantes. Le

questionnaire était composé de 30 questions et sous questions à majorité fermées. Afin de compléter et recueillir des informations plus détaillées quant à leur situation actuelle, mais également afin de permettre à chacune des personnes interrogées d'exposer librement le contexte de leur prise en charge, selon leurs mots et à leur rythme, des questions ouvertes ont également été posées. L'enquête était divisée en quatre catégories de questions, à savoir, le profil des répondants, leur santé, leur situation financière, leur connaissance, leur appréciation du réseau d'acteurs et leurs besoins y relatifs, comme suit :

- 1) La première catégorie de questions portait sur le profil des répondants : sexe, âge, situations de séjour, familiale et de logement.
- 2) La deuxième catégorie de questions était consacrée à la santé des personnes interrogées : formes d'addictions, dépendances aux substances légales / illégales, périodes d'abstinences, présence de troubles (psychiques, alimentaires, etc.), suivi.
- 3) La troisième catégorie de questions était consacrée aux finances des personnes interrogées : principaux moyens de subsistance, à la présence, type de rentes et / ou aides sociales, emploi/occupations, problèmes financiers (une question relative à un éventuel passé carcéral était rattachée à cette section)
- 4) La quatrième et dernière catégorie de questions portait sur la connaissance du réseau d'acteurs, l'appréciation, l'adéquation, les lacunes et les potentiels d'amélioration de l'offre face aux besoins du public cible.

Deux étudiants en sciences sociales ont été engagés et formés par evaluanda pour la passation du questionnaire, qui a eu lieu entre avril et juin 2021. L'équipe d'évaluation a pu compter sur le soutien logistique de différentes institutions qui leur ont permis d'entrer en contact avec les bénéficiaires et leur ont mis à disposition leurs locaux. Les questionnaires ont ainsi été passés dans les locaux des institutions suivantes :

- Pôle ambulatoire de Toulerenc et au foyer résidentiel L'Entracte de l'association Argos
- Centre ambulatoire d'addictologie psychiatrique Arve (CAAP Arve) du Service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Centre Grand-Pré de la Fondation Phénix
- Auprès de la structure Quai 9 de l'Association Première Ligne
- Au foyer résidentiel de la Maison de l'Ancre des Établissements publics pour l'intégration (EPI)

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme Google Forms afin de faciliter la saisie et l'analyse de données (deux entretiens ont été menés en version papier et reportés dans la plateforme) effectuées par evaluanda. La durée de passation des questionnaires a varié en fonction des réponses données et se situe en moyenne à quelques 20 minutes. Il est cependant important de relever que plus d'une quinzaine d'entretiens particulièrement riches ont duré plus d'une heure et ont permis d'engager une discussion approfondie sur les thématiques soulevées. Au total, ce sont 47 entretiens qui ont ainsi été réalisés sur les 60 prévus initialement - un mois supplémentaire a été consacré à la passation de l'enquête afin d'atteindre ce chiffre qui est jugé satisfaisant, surtout au regard de la qualité des réponses apportées.

1.4. Limites méthodologiques

Hormis le contexte sanitaire lié à la COVID-19, rendant parfois la tenue en présentiel de certains entretiens plus compliqués, le mandat s'est globalement déroulé dans de bonnes conditions, n'engendrant qu'un très léger décalage du calendrier prévu initialement.

Quelques difficultés ont été rencontrées pour atteindre le nombre initialement prévu de questionnaires. Ceci peut en partie être expliqué par quelques défis de logistique et d'organisation pour accueillir les enquêteurs, mais également par le fait que selon les endroits et les moments, il n'était pas toujours aisé de convaincre des personnes à participer à la démarche, ceci est compréhensible par le contexte difficile dans lequel évolue le public cible.

Malgré plusieurs tentatives écrites et téléphoniques, il a été peu aisé d'entrer en contact avec des répondants et les autorités dans d'autres cantons, ce qui a fortement limité l'accès à des informations vérifiables et fiables au-delà des recherches internet, ce qui a négativement impacté la partie dédiée à l'aperçu de la situation dans les autres cantons romands.

Enfin, même s'il ne peut pas être attendu que la cartographie produite soit exhaustive, et que cette dernière est nécessairement vouée à évoluer, de nombreuses vérifications ont été faites pour présenter un maximum d'informations les plus à jour et les plus précises possible. Il convient cependant de mentionner que l'équipe d'évaluation a parfois rencontré des difficultés à obtenir des validations de la part des organisations à propos des données les concernant, et bien que la question du financement du dispositif ne soit pas au cœur du présent mandat, c'est en particulier le cas pour les détails relatifs aux questions pécuniaires.

2. Spécificité helvétique et dispositif genevois

Après avoir décrit le contexte, les objectifs de l'évaluation et la méthodologie utilisée, le prochain chapitre consacre son attention sur la définition de l'addiction et les évolutions tant des addictions que de la réponse des autorités publiques en termes de prise en charge. Ce chapitre présente également un bref panorama de la situation dans quelques autres cantons romands, pour mettre en lumière d'autres modèles de prise en charge.

2.1 Notions d'addiction et de toxicomanie

L'addiction est un phénomène qui a des composantes à la fois biologique, psychologique et sociale conduisant à la perte de maîtrise de l'usage d'une substance ou d'un comportement. Elle a des répercussions sur l'état physique et psychique de la personne, sur son entourage au sens large et sur son insertion sociale. Son apparition est due non seulement à des prédispositions individuelles mais également à des facteurs sociétaux (entourage personnel, situation professionnelle et financière, perception culturelle des substances considérées, accessibilité de ces substances, etc.).

C'est un phénomène que l'on observe chez des personnes de tous âges et de tous horizons culturels et qui se caractérise par des comportements compulsifs qui persistent malgré les conséquences graves pour leur santé et leur vie sociale¹. Ainsi, parmi les différentes définitions de l'addiction existantes, c'est celle du Groupement romand d'études des addictions (GREA) qui est retenue dans le cadre de ce rapport : « l'addiction est la perte de l'autonomie du sujet par rapport à un produit ou à un comportement. Elle se caractérise par l'association de deux dimensions : la souffrance de la personne et les changements de son rapport au monde (aliénation). »²

L'addiction est considérée comme une maladie par les professionnels de la santé. Elle est en effet décrite comme un « trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de substance(s) » dans la dixième version de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La toxicomanie qui englobe les formes d'addictions aux substances psychotropes est communément admise en Suisse comme étant une maladie complexe aux facteurs multiples. Afin d'en appréhender les différents facteurs, le psychiatre Claude Olievenstein a développé un modèle de la toxicomanie en triangle. Il définit ainsi trois dimensions constitutives : le produit, le contexte et l'individu³. Il est en particulier admis qu'une approche au cas par cas est nécessaire puisque les problèmes et enjeux diffèrent d'une personne à une autre. C'est également dans ce cadre que le concept de « case management » prend tout son sens. L'approche du « case management » développée dans le domaine médical permet de gérer des situations complexes, comme c'est le cas des problèmes d'addiction(s), en mettant en place un processus et un suivi coordonné et individualisé pour chacun.

¹ Stratégie nationale Addictions 2017-2024

² <https://www.grea.ch/dossiers/addiction>

³ C. Olievenstein, "La drogue ou la vie", 1983

2.2 Évolution des consommations et de la prise en charge des addictions

La question de l'addiction et plus généralement de la consommation de produits a toujours été présente dans toutes les sociétés avec toutefois des représentations différentes au fil du temps. Les réponses apportées par les autorités publiques ont elles aussi évolué à travers les années et les contextes. La volonté publique de contrôler la consommation et de limiter les effets néfastes de consommations excessives et la tentation de punir, criminaliser, de limiter et ou d'interdire la consommation de certaines substances existe depuis fort longtemps.

Alors qu'au début du siècle dernier, c'est surtout l'alcool qui faisait des ravages au sein des sociétés occidentales, c'est une politique de contrôle et de répression qui a été menée à l'image de la période de la Prohibition aux États-Unis. Par la suite, durant et à la sortie de la Première Guerre mondiale, c'est principalement la cigarette qui s'est fait une place parmi les consommations addictives se répandant largement au sein de la population. Au sortir des Trente Glorieuses puis jusqu'aux années 80, ce sont l'apparition et la consommation de produits stupéfiants psychotropes tels que le cannabis, mais également de façon plus dramatique l'héroïne puis la cocaïne et l'ecstasy qui se sont largement répandues dans la société occidentale.

Au cours de la dernière moitié du siècle dernier, la forme dominante de réponse face à l'usage des drogues s'est caractérisée par la répression et s'est matérialisée par des montants colossaux investis dans ce que l'on a appelé la Guerre contre la drogue (War on drugs), notamment aux États-Unis. Reposant sur des fondements religieux et moraux, la consommation de drogues est alors vue comme un danger pour la société. Ce n'est que récemment⁴ et face à un constat d'échec et d'inefficacité de cette politique dominante, que de nouvelles tendances semblent émerger au sein de la communauté internationale pour faire face à la drogue, notamment via la décriminalisation de la consommation des drogues et la transition vers un modèle axé sur la réduction des risques de la consommation des drogues par la prise en charge d'abord sanitaire puis par un accompagnement et un encadrement social des usagers.

En Suisse, comme dans les autres pays occidentaux, c'est d'abord une politique de la répression et de l'abstinence qui a été mise en place. Le postulat de l'époque était que les substances addictives (alcool ou drogues) étant néfastes, il fallait alors les interdire et atteindre l'abstinence totale. Dans cette conception, le consommateur d'un produit illicite était donc coupable d'un acte criminel. Dans les années 70 – 80, alors que l'on faisait face à ce nouveau phénomène de personnes dépendantes aux drogues fortes, la stratégie était de les isoler du reste de la société et à travers un long processus de leur permettre de devenir abstinents. Ce modèle (ex : les alcooliques anonymes) avait pour postulat de base de prôner l'abstinence. Les dispositifs développés avaient donc pour objectif principale d'accompagner le consommateur dans son objectif d'abstinence. Cette approche a eu et a toujours aujourd'hui pour conséquence d'exclure une grande partie des consommateurs ne se sentant pas prêt ou capable à s'engager dans ce long processus. Cette politique ne répondait ainsi pas à leurs besoins. Dans les années qui suivirent, on a vu apparaître les scènes ouvertes de la drogue dans l'espace public. Ces scènes ouvertes que l'on a pu voir dans les principales villes de

⁴ https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_French.pdf

Suisse ainsi que la crise sanitaire du VIH⁵ ont fortement choqué l'opinion publique⁶. La consommation de drogues de synthèses a en effet explosé durant cette période et en parallèle, l'apparition du VIH a fait des ravages parmi les usagers recourant à l'injection de produits stupéfiants. Rapidement, les politiques de répression et d'abstinence mises en place à cette période ont montré leurs limites puisqu'elles n'étaient pas en mesure de répondre à ce problème. Cette situation a poussé les différents acteurs fédéraux, cantonaux, communaux et les acteurs actifs sur le terrain à faire émerger un dialogue afin de trouver une solution face à cette catastrophe tant sanitaire, sociale qu'économique.

En réponse à cette situation, la Suisse a alors développé le modèle dit « des quatre piliers ». Le premier pilier de cette politique « des quatre piliers » est celui de la prévention et de la détection des situations problématiques. Le deuxième pilier est celui de la thérapie, complété par la réduction des dommages et des risques en troisième pilier. Enfin, le quatrième pilier est constitué par la régulation et l'exécution de la loi⁷. Dans le milieu des professionnels de l'addiction, ce quatrième volet est également plus connu sous le terme de « régulation ». La politique des quatre piliers a l'avantage d'englober les différentes facettes de l'addiction aux drogues et ainsi toute sa complexité.

En ajoutant le pilier de « réduction des risques », la Suisse s'est montrée précurseur en Europe et dans le monde. Le constat étant que l'abstinence totale n'étant que difficilement atteignable, il fallait par conséquent tenter de réduire les risques provoqués par la consommation de ces substances. La Suisse a alors renversé le paradigme dominant en Europe de « guerre contre les drogues » en développant cette idée de réduction des risques dans sa politique. Selon elle, puisque les autres actions montraient des résultats très limités, il fallait alors également permettre aux personnes consommant ces substances, bien qu'illicites, de le faire dans des conditions limitant les risques liés à la consommation. Cette nouvelle politique a rapidement produit des effets positifs ce qui a fini par convaincre d'autres pays européens.

Parmi les instruments cette politique de la réduction des risques, le dispositif le plus avant-gardiste a été la création de centres de « shoot ». D'abord créer à Zurich et Berne, en Suisse romande c'est Genève qui s'est montré précurseur. Ces centres restent, encore aujourd'hui marginaux, à l'échelle européenne et même internationale.

Aujourd'hui, la toxicomanie et l'addiction sont donc perçues comme « une maladie complexe – impliquant des facteurs biologiques et psychosociaux – et que les personnes qui en souffrent ont besoin d'être aidées »⁸. À Genève, nous pouvons citer l'exemple du Quai 9, structure ayant pour objectif la réduction des risques. Ce lieu offre un environnement protégé et fournit du matériel pour que les personnes puissent consommer leurs substances bien qu'illégales avec un minimum de risques.

Depuis quelques années, les acteurs de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) couvrent également un nouveau champ : celui des addictions sans substance, telles que les

⁵ Gouvernance de la politique drogue dans les villes suisses, working paper de l'IDHEAP 8/2016

⁶ [https://www.grea.ch/sites/default/files/Savary_2007\(a\).pdf](https://www.grea.ch/sites/default/files/Savary_2007(a).pdf)

⁷ <https://www.premiereligne.ch/la-politique-des-4-piliers/>

⁸ Stratégie nationale Addictions 2017-2024

addictions aux jeux, aux écrans, au travail, ou encore au sexe. Il sera probablement nécessaire dans le futur de trouver comment insérer ces nouvelles formes d'addictions (ndlr : cette forme d'addictions existait sans aucun doute déjà avant qu'elle ne soit prise en charge, mais n'a jusqu'à récemment pas été considérée comme telle) dans le système de prise en charge actuel pour répondre à cette typologie des addictions.

2.3 Aperçu de la situation dans d'autres cantons romands

La mise en œuvre de la politique des quatre piliers étant du ressort des cantons, il est intéressant d'avoir un aperçu de la situation dans les cantons romands voisins, sur leurs pratiques et leurs politiques publiques, celles-ci pouvant être très différentes d'un canton à l'autre. Le choix a été fait de partager dans le présent chapitre un bref aperçu des dispositifs vaudois, valaisan et neuchâtelois.

Ces exemples sont particulièrement intéressants car ces trois cantons ont entamé ces dernières années des réformes dans le cadre de leur politique de prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) et développé de nouveaux dispositifs. Le fonctionnement du réseau d'acteurs spécialisés ou non dans le domaine de l'addiction sous la houlette d'une institution ad hoc, active spécifiquement dans le domaine de l'addiction, est le principal élément commun qui ressort des trois cantons observés.

Vaud

Le Canton de Vaud dispose d'un large réseau d'acteurs œuvrant dans le domaine de l'addiction. En matière de prise en charge sanitaire, au sein du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), le service de médecine des addictions (SMA) regroupe les prestations du CHUV relatives à la prise en charge des addictions avec et sans substances. Les unités de secteurs Centre et nord du Département de psychiatrie sont réunies au sein de ce service depuis le 1er janvier 2020⁹. Ce service remplit notamment un rôle de coordination puisqu'il regroupe des prestations tant ambulatoires, hospitalières que de liaison¹⁰. Ce service a également pour mission d'être le centre de formation de référence pour les questions liées aux addictions pour le CHUV et les partenaires externes¹¹.

Parmi les principaux acteurs de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s), il revient de citer Addiction Vaud. Cette structure offre de l'information ainsi que la possibilité de faire des auto-évaluations de sa consommation sur son portail internet. Depuis son lancement, Addiction Vaud est ainsi devenu l'interlocuteur privilégié concernant les questions d'addictions dans le canton de Vaud du grand public, d'acteurs publics, d'acteurs politiques ou encore des médias. Cet acteur joue également le rôle de porte d'entrée pour le public cible et permet d'orienter les demandeurs vers les différents acteurs du réseau. Ce portail, présent sur internet¹², est porté par REL'IER, de la Fondation Le Relais et soutenu par Région Lausanne. La Fondation Le Relais est une organisation vaudoise active dans l'insertion sociale et professionnelle d'adultes et de jeunes se trouvant en difficulté, notamment en raison de dépendances.

⁹ <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/service-de-medecine-des-addictions-sma>,

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

¹² <https://addiction-vaud.ch/>

Le canton a mis en place un Dispositif Cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) dont l'objectif est d'« évaluer et d'orienter les personnes souffrant d'addiction(s) (alcool et/ou drogues) vers l'établissement le plus approprié à leurs besoins, lors d'une demande de séjour résidentiel »¹³. Il est piloté par l'Office du médecin cantonal pour la Direction générale de la santé (DGS) et par le Pôle psychiatrie et addictions (PPAD) pour la Direction générale de la cohésion sociale (DGSC)¹⁴. Un partenaire important du dispositif cantonal est REL'IER (Fondation Le Relais) à qui a été confié la coordination opérationnelle du DCISA.

Comme présenté dans le Manuel du dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) disponible en ligne, les missions de ce dispositif sont de « garantir l'adéquation entre les besoins individuels des personnes consommatrices de substances psychoactives (stupéfiants et/ou alcool) et l'offre de prestations, assurer le suivi de l'indication dans les différentes étapes du parcours thérapeutique, en particulier dans les transitions entre un suivi ambulatoire et un suivi résidentiel, y compris lors des sorties, produire et traiter les données utiles à l'évaluation des besoins, à la planification de l'offre et au pilotage de la politique en matière d'addictions ».

Concernant la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s), le canton de Vaud compte également sur un réseau d'acteurs plus ou moins indépendants et partiellement soutenu par les pouvoirs publics. Pour n'en citer qu'un seul, la Fondation Le Levant a pour mission d'accompagner, grâce à une structure d'accueil résidentiel et ambulatoire, des personnes souffrant d'addiction(s) dans leur chemin vers l'indépendance.

Valais

Le principal acteur de la stratégie valaisanne en termes d'addictions est la Fondation Addiction Valais. En fonction depuis 2012 et sur mandat de l'État du Valais, cette Fondation a notamment comme fonction la prise en charge tant ambulatoire que résidentielle des personnes souffrant d'addiction(s) sur le territoire cantonal. Le plan d'action 2019 – 2024 en vigueur depuis le 1er juillet 2019¹⁵, définit la mission centrale de la fondation comme étant « d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins de la population ainsi que des différents partenaires du réseau ». Comme c'est le cas pour le canton du Neuchâtel, l'accent est mis sur l'hébergement ambulatoire. En effet, le canton a réduit ces dernières années son offre de places stationnaires tandis qu'il prévoit d'augmenter les capacités en centre de jour ainsi que les mesures *post-cure* de (ré-)insertion dans le marché du travail. Il compte répondre ainsi à la complémentarité des besoins en matière d'autonomie des usagers qu'offre la prise en charge ambulatoire et la capacité à offrir des activités « occupationnelles » aux personnes qui en ont besoin.

Comme pour le canton de Vaud, cette structure joue le rôle de porte d'entrée pour le grand public, pour les acteurs publics mais également pour les personnes souffrant de dépendance(s).

Basée sur le concept de case management, la stratégie présentée dans le cadre du plan d'action de la Fondation Addiction repose sur l'outil stepped care. Il s'agit d'« un modèle de cotation graduelle

¹³ <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/dispositif-cantonal-dindication-et-de-suivi-en-addictologie-dcisa>

¹⁴ <https://www.dcisa.ch/wp-content/uploads/2017/09/MANUEL-DCISA-mars-2021.pdf>

¹⁵ <http://www.addiction-valais.ch/?page=medias&IDNews=130829>

des addictions par complexité croissante »¹⁶. Ce modèle a pour objectif de placer le bénéficiaire et ses besoins au centre du dispositif, permettant ainsi de fournir la bonne prestation au bon moment. Cette approche, centrée avant tout sur les besoins de l'individu, fait partie intégrante du modèle de prise en charge dite de case management. Ainsi, le plan d'action met en œuvre la volonté de favoriser une prise en charge intégrée par un suivi modulaire et adapté. Le modèle valaisan « stepped care » repose sur les 3 piliers : prévention sélective, traitement et réduction des risques. Enfin, toujours dans l'optique de répondre de la manière la plus adéquate aux besoins du public-cible, les centres ambulatoires et résidentiels sont répartis sur le territoire cantonal offrant ainsi une proximité avec la population.

Neuchâtel

Dans le canton de Neuchâtel, c'est le Conseil d'État, via le Département de la Justice, de la Sécurité et de la culture, qui est responsable de la politique d'addiction. Il dispose d'une commission consultative, la Commission Cantonale Addiction (CCA). C'est plus précisément le service d'accompagnement et d'hébergement de l'adulte (le SAHA) qui est en charge des questions liées à l'addiction. Le SAHA a, entre autres, « pour mission de s'assurer du placement adéquat des personnes qui ont réellement besoin des prestations des institutions sociales neuchâteloises, ou de certaines institutions sises hors canton, lorsque l'offre cantonale ne suffit pas »¹⁷.

Le Conseil d'État neuchâtelois a, en 2016, initié une réforme du secteur des addictions. Dans le cadre de celle-ci, un Dispositif neuchâtelois Addiction (DNA) a été développé. Dans un souci d'optimisation des services résidentiel et ambulatoire, le choix a été fait de fusionner sous l'égide de la Fondation Addiction Neuchâtel trois structures actives sur le territoire dans le domaine de l'addiction, à savoir : la Fondation Neuchâtel Addiction, la Fondation Goéland et l'institution du Devens. Dans le cadre de cette réforme, un fonctionnement en réseau géré par la Commission Cantonale Addiction (CCA) a été mis en place. La Fondation Addiction Neuchâtel est ainsi devenue l'un des acteurs principaux en matière d'addiction sur le canton. Elle joue plusieurs rôles, dont celui de porte d'entrée pour répondre aux besoins des personnes souffrant d'addiction(s). Aussi, les demandes d'hébergement sont directement traitées par cette Fondation. Les décisions sont ensuite validées par le SAHA.

Le dispositif actuel met l'accent sur la prise en charge ambulatoire et limite autant que possible la prise en charge stationnaire. Ainsi, les deux principaux angles d'action sont : la question du financement et de l'hébergement des personnes souffrant d'addiction(s). Aujourd'hui, l'axe central de la stratégie cantonale est de définir conjointement avec la personne concernée des objectifs et un programme socio-thérapeutiques adaptés à sa situation. Les prestations proposées sont flexibles et s'adaptent au cas par cas. Elles comprennent également des campagnes d'information et prévention auprès du public-cible mais également auprès de l'ensemble de la population et reste ainsi l'interlocuteur principal en matière d'addictions auprès des acteurs publics et politiques du canton¹⁸.

¹⁶ <http://www.addiction-valais.ch/?page=medias&IDNews=130829>

¹⁷ <https://www.ne.ch/autorites/DECS/SAHA/orientation/Pages/accueil.aspx>;

¹⁸ <https://www.addiction-neuchatel.ch/prevention>

3. Enquête auprès de personnes souffrant d'addiction(s)

Le dispositif d'évaluation prévoyait la tenue d'une enquête auprès des personnes souffrant d'addiction(s) afin de connaître leurs besoins ainsi que leur perception sur les différentes institutions par lesquelles ils sont pris en charge.

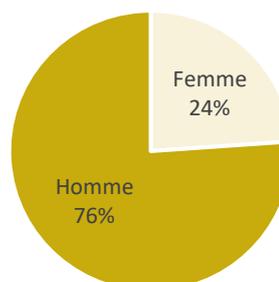
Pour rappel, le questionnaire était articulé en six parties, avec une première partie relative au lieu de récolte et à la personne chargée de récolter les données. Une seconde section était dédiée au profil de la personne interrogée (âge, situation de logement, famille, etc.). La troisième partie était consacrée à la santé et aux besoins y relatifs (état général, santé mentale, addictions, suivi, etc.). La quatrième partie comportait des questions relatives à la situation et aux besoins financiers (emploi, occupations, revenus, etc.). L'avant dernière section concernait le dispositif genevois existant et proposait de partager via plusieurs questions ouvertes les besoins des personnes interrogées. La dernière section concernait des informations relatives à l'atmosphère de récolte et à la qualité des données.

La présente étude concentre principalement son attention sur les personnes qui déjà, souffrent, d'addiction(s), et de ce fait, tant les questions que les réponses portent davantage sur les aspects liés aux deuxième et troisième piliers de la politique des quatre piliers, à savoir les volets de prise en charge thérapeutique dans les domaines sanitaire et de réduction des risques. L'enquête qui a été menée dans deux lieux de prise en charge de ces deux piliers, s'est donc naturellement focalisée sur un public ayant recours aux principaux outils de prise en charge sanitaire et sociale de ces acteurs. Bien que ces thématiques aient parfois été soulevées spontanément par les interlocuteurs rencontrés çà et là, il n'y a dans l'enquête aucun item directement dédié aux questions de prévention ou de répression.

3.1 Profil(s) des personnes interrogées

Concernant les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, trois quarts (76,1%) des personnes rencontrées étaient des hommes et un quart (23,9%) étaient des femmes.

Tableau 1. Répartition par sexe



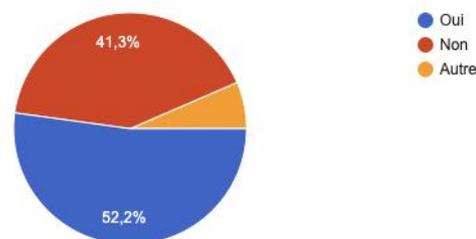
En termes d'âge, la répartition des personnes interrogées varie entre 31 et 62 ans, l'âge médian se situe à 49 ans.

Logement

En ce qui concerne la situation liée au logement, un peu plus de la moitié (52,2%) des personnes sondées répondent par l'affirmative à la question « avez-vous un domicile ? ». Elles sont 41,3% à répondre qu'elles n'en ont pas, 3 personnes ayant mentionné une « autre » situation : l'une évoque une situation temporaire, l'autre se réfère à un hôtel payé par l'Hospice général et la dernière mentionne la Maison de l'Ancre, structure offrant un hébergement à ses bénéficiaires (cf. cartographie). Aussi, à la question « Vivez-vous en foyer », 39% ont répondu oui ou nomment une structure offrant un hébergement de moyen ou de long terme. Il s'avère enfin que plusieurs personnes ayant répondu dans l'affirmative quant à l'existence d'un domicile répondent également qu'elles vivent en foyer/dans un hôtel ou dans une structure offrant l'hébergement.

Avez-vous un domicile ?

46 réponses



Ainsi, bien que la majorité des personnes interrogées affirment disposer d'un toit au moment où elles ont été rencontrées, un nombre conséquent de personnes ont aussi évoqué avoir été confrontées à des situations de sans-abrisme plus ou moins passagères à différents moments de leur vie. Des éléments relatifs à ces passages ont été relevés dans des réponses apportées à des questions ouvertes et traitées plus bas. La durée varie de quelques semaines à plusieurs années, la majorité des personnes ayant apporté une réponse à cette question évoquant quelques mois.

La question du logement est donc identifiée comme élément central de la prise en charge sociale des personnes selon les résultats de l'enquête. Pour la plupart des personnes rencontrées, le logement constitue une sorte de prérequis à toute forme de réinsertion dans la société.

Situation de séjour

Concernant leur situation de séjour en Suisse, 58,7% des personnes indiquent être de nationalité suisse. 26,1% déclarent avoir un permis C et 8,7% déclarent avoir un permis B. Parmi les 6,5% des personnes rencontrées répondant « autre situation de séjour », une a évoqué être titulaire d'un permis F et deux personnes se sont déclarées sans papiers.

Famille

Les résultats de l'enquête montrent que la quasi-totalité (93%) des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête répondent oui à la question « Avez-vous une famille ». 70% des personnes interrogées indiquent ne pas avoir de partenaire et 59% indiquent ne pas avoir d'enfants.

A la question ouverte « Pouvez-vous décrire votre situation familiale ? », seules deux personnes n'ont pas apporté de réponse. Une partie importante des personnes rencontrées se dit globalement plutôt bien entourée et indique avoir des contacts réguliers avec ses proches (au moins une fois par semaine). La majorité des réponses à cette question concernait l'existence ou non d'enfants, la présence d'un-e partenaire, ou la relation à la fratrie. En plus de ces éléments ont été évoqués la distance pour près d'un cinquième (19,5%) des répondant-e-s (la famille existe mais réside à l'étranger). Un peu plus d'un quart (26%) a mentionné une séparation ou un divorce.

Bien qu'aucune personne interrogée n'ait mentionné un lien direct entre sa situation familiale et ses éventuelles addictions, une rupture des liens ou l'éloignement (progressif ou abrupt) avec les proches sont évoqués dans d'autres réponses à des questions ouvertes en lien avec la santé, le type d'addiction(s) ou de manière générale dans les conversations.

Détention

Un peu moins de la moitié (42,2%) des répondant-e-s ont affirmé avoir été confronté-e-s à une situation de détention, en Suisse ou à l'étranger, la détention allant d'une semaine à plusieurs années – la ou le degré de précision se sont avérés très variables. Parmi les difficultés rencontrées, l'abstinence forcée et parfois brutale et un mauvais suivi médical ont été mentionnés en plus des conditions de vie (cohabitation forcée, enfermement). Il est important de relever que plusieurs personnes ont manifesté des signes d'inconfort lorsque ces questions ont été abordées.

3.2 Situation et besoins en matière de santé

Type(s) d'addiction(s)

Les questions relatives aux addictions ont d'abord été introduites de manière globale. Les personnes rencontrées ont ainsi eu l'opportunité de parler de/s de l'addiction(s) dont elles souffrent ou ont souffert. Les questions ont ensuite été précisées pour tenter d'identifier si les ou l'addiction(s) impliquait ou non une substance, que celle-ci soit licite ou illicite. L'abstinence a ensuite été soulevée sous forme de question ouverte.

Parmi le recours aux substances licites, le tabac est le plus fréquemment évoqué (78,3%), suivi par l'alcool (45,9%). Un peu plus d'un tiers des personnes (37,8%) affirment consommer les deux. Le cannabis légal est évoqué par 35,1% et il est plus souvent cité par les personnes de moins de 40 ans. Un dixième (10,8%) a mentionné recourir à des médicaments de type opiacés, deux mentions ont été faites quant à la dépendance affective, puis aux antidépresseurs, une personne a évoqué les jeux d'argent, et une personne enfin a évoqué jouer aux jeux vidéo du soir au matin.

En ce qui concerne les substances illicites, la cocaïne et l'héroïne sont citées à égalité par plus de deux tiers (69,4%) des répondant-e-s. Plus d'un tiers affirment consommer les deux (38,9%). Le cannabis est cité par un peu plus d'un cinquième des répondant-e-s (22,2%), le LSD est cité par 11% des répondant-e-s, puis l'ecstasy et le speed/les amphétamines par 5,5%. Deux personnes affirment cumuler toutes ces substances. Sont enfin cités le crack (2), la benzodiazépines (1), les champignons (1) et les opioïdes (1).

Abstinence

Les réponses apportées à la question relative à l'abstinence sont très diverses tant dans leur forme que dans le contenu. Certaines personnes ont énuméré leurs nombreuses périodes d'abstinence, en mentionnant la durée, la ou les substance(s) concernées de manière très précise. D'autres ont apporté des réponses très brèves, en se référant à la dernière consommation de telle ou telle substance.

L'abstinence est le plus souvent évoquée en référence à l'alcool, la cocaïne et l'héroïne. Il ressort des réponses éclectiques qu'à l'exception de deux répondants, chaque personne rencontrée a eu plusieurs périodes d'abstinence, de durées variées, et que cette période d'abstinence a été accompagnée ou induite, via notamment un séjour dans une clinique ou en détention, ou encore lors d'une prise en charge dans des établissements qui exigeaient et/ou vérifiaient l'arrêt de toute consommation de substances à l'exception du tabac. Ce dernier n'a quasiment pas été évoqué dans les réponses (2), ce qui peut être expliqué par le fait qu'il est relativement banalisé, et qu'il n'est, de ce fait, pas considéré aussi négativement que les autres substances, sa consommation n'altérant pas immédiatement l'état de santé ni n'engendrant pas de conséquences négatives impactant de manière visible les parcours des personnes rencontrées. Un usage « récréatif » du cannabis et de la cocaïne a été invoqué par deux répondants pour nuancer leurs périodes d'abstinence à d'autres produits.

Traitement(s) et suivi(s)

Parmi les personnes interrogées, un peu plus d'un quart (26,1%) affirment ne pas être soumises à un traitement de substitution quel qu'il soit – un répondant a regretté qu'il n'existe pas de solution pour substituer la cocaïne. Alors que la très grande majorité évoque un traitement de substitution en lien avec la toxicomanie, trois répondants (7%) ont affirmé prendre des médicaments pour arrêter l'alcool. Enfin, le recours à des antidépresseurs et des anxiolytiques a été évoqué par trois répondants (7%) également.

L'écrasante majorité (95,5%) des répondant-e-s a affirmé être au bénéfice d'un suivi, et dans plus de la moitié des cas (55,6%), ce suivi est réalisé dans une structure (à noter que les structures les plus fréquemment évoquées sont celles qui ont accueilli les enquêteurs). 15,6% des répondant-e-s précisent un suivi par un médecin généraliste – les personnes uniquement alcoolo-dépendantes sont les plus représentées dans cette catégorie ; 31,1% des répondant-e-s mentionnent un suivi de type « psy » (psychiatre ou psychologue, pas systématiquement précisé), tant dans une structure que dans le privé.

Santé psychique/mentale

Alors qu'une légère majorité (55,3%) des répondant-e-s affirment se sentir bien ou très bien, les autres personnes interrogées évoquent une vie compliquée, des allers-retours avec la dépression et affirment être sensibles, se sentir seules et en souffrance. Plus de deux tiers (67,4%) disent souffrir de troubles. Parmi les troubles les plus fréquemment évoqués se trouvent la dépression ou les épisodes dépressifs, l'anxiété, la bipolarité, la schizophrénie, le suicide et dans une moindre mesure, les troubles alimentaires. Alors que dans près de deux tiers des cas (63%), les personnes évoquant

souffrir de troubles affirment qu'elles ont consulté un ou plusieurs médecins, un tiers affirment tout de même ne pas consulter quelqu'un.

3.3 Situation et besoins financiers

Moyens de subsistance

Lorsqu'il est demandé aux personnes rencontrées de quoi elles vivent et quels sont leurs moyens de subsistance, près de la moitié des répondant-e-s évoquent vivre grâce à l'aide reçue par l'Hospice général (46,8%), un petit tiers (29,8%) évoque l'Al. Seul un peu plus d'une personne sur dix (12,8%) affirme être en mesure de vivre de son travail. Les 8,5% restants évoquent d'autres moyens ou restent vagues. Lorsqu'elles sont interrogées sur l'existence d'une rente, trois quarts (76,1%) des personnes répondent par l'affirmative. Parmi les réponses les plus fréquemment citées figurent l'Hospice général (18), une rente Al partielle ou complète (16), ou l'AVS (1).

Emploi et occupations

Lorsqu'elles sont interrogées sur leur emploi, plus de la moitié (54,3%) des personnes ont répondu qu'elles n'en avaient pas, plusieurs personnes (15,2%) ont affirmé avoir un emploi « classique » par opposition au quart (24%) de personnes ayant évoqué un emploi ou une activité pouvant être qualifiés de « protégés » dans différentes structures prenant en charge les personnes souffrant d'addiction(s). Enfin, quelques personnes (6,5%) ont répondu qu'elles faisaient du bénévolat. Le temps écoulé depuis le dernier emploi va d'un an à plus de 20 ans : 12 répondant-e-s (38,7%) ont affirmé que leur dernier emploi datait d'il y a 2 ans ou moins, 7 répondant-e-s (22,6%) ont répondu que leur dernier emploi datait d'il y a plus de 3 ans, et 12 répondant-e-s (38,7%) n'ont plus eu d'emploi depuis plus de 10 ans (pour un tiers d'entre eux, le dernier emploi remonte à plus de 20 ans). Parmi les répondant-e-s, près de trois quarts (74,4%) des personnes interrogées affirment ne pas rechercher un emploi. Alors qu'un tel chiffre peut paraître élevé, il convient de rappeler qu'il doit être interprété avec prudence : d'une part, une partie des personnes rencontrées est au bénéfice d'une rente Al complète ou partielle, d'autre part, la reprise d'un emploi à un taux élevé pourra signifier un arrêt immédiat des différentes aides perçues ainsi qu'une réactivation de saisies sur salaires notamment, engendrant des instabilités conséquentes et indésirables.

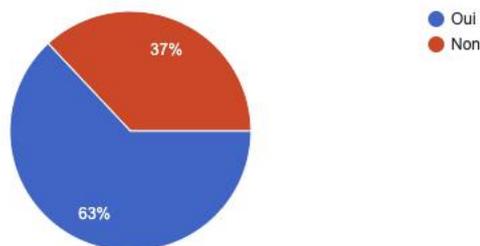
En ce qui concerne les réponses apportées à la question des occupations, elles se sont avérées polarisées entre des retours plutôt très positifs avec des exemples concrets d'activités et de loisirs, et les retours particulièrement négatifs. Parmi les activités les plus souvent évoquées et les plus demandées figurent le sport, les balades, la culture au sens large, la musique et le fait de voir des gens. Parmi les retours plutôt négatifs, plusieurs personnes affirment qu'elles ne font rien ou qu'elles tentent de reconstruire leur vie, de retrouver une stabilité, et qu'elles ont beaucoup trop de temps à disposition, qu'il est difficile de trouver des occupations ou de les financer. La pandémie, enfin, a pour certains impacté négativement les occupations.

Gestion (problèmes financiers)

Lorsqu'il est demandé aux personnes rencontrées si elles ont des problèmes financiers, près de deux tiers (63%) répondent par l'affirmative.

Avez-vous des problèmes financiers (poursuites, dettes, autres) ?

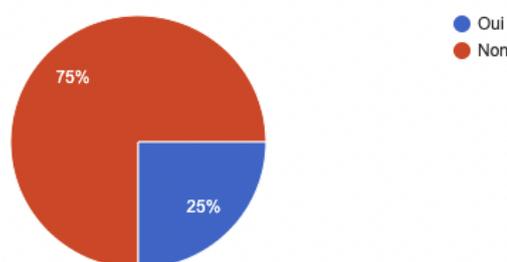
46 réponses



Seul un quart des personnes rencontrées a répondu être sous tutelle ou sous curatelle.

Etes-vous sous tutelle / curatelle ?

44 réponses



Cependant, lorsque ces informations sont croisées avec d'autres réponses, il apparaît que le Service de protection de l'adulte (SPAD) a été mentionné même parmi les personnes qui affirment ne pas être sous tutelle ou sous curatelle. Il n'est pas possible de déterminer si cet état de fait est dû à une mauvaise compréhension des termes tutelle ou curatelle, ou si une curatelle ou une tutelle avaient été mises en place par le passé et n'étaient plus actives au moment de la passation du questionnaire.

3.4 Situation et besoins en matière de prise en charge

Structures

Plusieurs questions ouvertes relatives aux structures et aux besoins en matière de prise en charge ont été posées. Quel que soit le lieu de récolte, dans un premier temps, lorsqu'il a été demandé aux répondant-e-s quelle(s) structure(s) ils/elles fréquentaient, très peu de personnes ont pu évoquer spontanément un autre lieu que celui dans lequel elles/ils ont été interrogé-e-s. Au vu des réponses apportées aux questions suivantes, il se peut que la question ait été insuffisamment comprise.

En effet, dans un second temps, lorsqu'il leur a été demandé de regarder une liste contenant plusieurs structures ou lorsque cette liste a été présentée, la très grande majorité a été en mesure de reconnaître plusieurs autres structures, dont la Fondation Phénix, Première Ligne/Quai 9, Argos (L'Entracte ou Toulourenc), l'Hospice général, l'OCAS, le SAPEM, les HUG ou encore la Fondation du Levant et les EPI, les plus citées/reconnues. La plupart des personnes connaissent ainsi un

dispositif relativement large au moins de nom, même si elles ne sont pas toujours en mesure de dire ou de détailler ce que font les structures qu'elles affirment connaître.

Lorsque les personnes sont interrogées sur les structures qu'elles fréquentent ou ont fréquenté, la très grande majorité des réponses apportées révèle une forme de reconnaissance ou de gratitude ainsi que de la satisfaction à l'égard des structures qui leurs sont proches (structure actuelle ou récente), à quelques exceptions près qui peuvent être relevées comme suit : sont évoqués un manque de sévérité de la part des structures encadrantes à l'égard de certains bénéficiaires dans des structures offrant un hébergement notamment, ou encore la (trop) grande concentration de personnes aux problèmes similaires aux mêmes endroits, comme les hôtels, ce qui aurait pour conséquence de nuire à la prise en charge et aux efforts de chacun (mauvaise influence, rechute, etc.). Seuls quelques commentaires peu constructifs ont été formulés : le caractère isolé de certaines doléances fait qu'il n'a pas été utile de les partager.

Besoins principaux

Les structures fréquentées ou identifiées par les répondant-e-s et offrant un hébergement apportent ainsi un cadre et un encadrement bienveillants et bienvenus, même si le caractère strict des horaires est souvent critiqué. Les réponses révèlent ainsi un besoin de davantage de flexibilité, notamment en fin de semaine et notamment en ce qui concerne les visites de partenaires.

De manière générale, l'analyse des réponses apportées aux questions ouvertes fait ressortir des besoins marqués en matière de logement, d'activités/occupations, d'insertion/réinsertion, de soutien financier et d'empathie.

Logement

Les réponses apportées aux questions liées au domicile ont révélé plus haut que près de la moitié des personnes interrogées n'était pas au bénéfice d'une solution pérenne quant à leur logement. Dans les témoignages récoltés à travers les questions ouvertes, il apparaît de manière très importante que le « vrai logement » est un besoin primordial.

Il est associé à la notion de durabilité également : les foyers ou les hôtels sont des solutions limitées dans le temps qui sont fréquemment évoquées comme un lieu de transition avant de (re)tomber dans la précarité extrême, le sans-abrisme, la rue, et de se (re)trouver face aux structures permettant de séjourner à la nuit et/ou celles qui proposent un repas, un café et une petite collation.

Les personnes évoquant fréquemment les notions d'intimité et de « chez soi », que ce dernier est le principal élément permettant d'engendrer une forme de stabilité, indispensable pour pouvoir se prendre ou se reprendre en main selon la très grande majorité des personnes rencontrées. Le « chez soi » est fréquemment décrit comme un lieu où on peut s'imaginer « vivre » ou « faire sa vie » de son côté, par opposition au séjour dans une institution ou dans une chambre avec des locaux communs où se côtoient de nombreuses personnes, mais surtout, leurs problèmes. Ainsi, le besoin de logement individuel par opposition au collectif, à son nom, dans des immeubles pouvant être qualifiés de mixtes, représente également une possibilité de se distancier des « mauvaises

influences » liées au regroupement de personnes ayant des problèmes sociaux similaires et importants.

La possibilité d'avoir à un nouveau « un toit à soi », un « logement avec un bail à son nom » constituerait pour la plupart des personnes interrogées une forme de prérequis, sur lequel chacun-e pourrait s'imaginer ensuite pouvoir « bâtir » d'une part pour se sentir mieux psychologiquement (la volonté de pouvoir « se sentir chez soi » a souvent été évoquée) mais également pour nouer des liens sociaux (le fait de pouvoir recevoir des personnes chez soi a également souvent été évoqué comme un réel besoin).

Activité et occupation

La majorité des personnes rencontrées se sont déclarées comme « sans emploi » et ont affirmé qu'elles n'étaient pas en recherche active pour changer cette situation. Il a cependant été relevé que pour la quasi-majorité des répondant-e-s, le retour à une activité lucrative ou à un emploi aurait pour conséquence la perte directe de plusieurs aides indispensables à leur survie, ce qui explique en partie le fatalisme ou le caractère catégorique de ces réponses.

Les réponses apportées aux questions ouvertes confirment que les personnes rencontrées sont presque toutes dans une situation de très grande précarité financière, mais surtout sociale, et qu'un emploi au sens strict du terme ne leur paraît pas accessible/réaliste dans un futur proche.

Cependant, il convient de relever que dans de nombreux récits, les personnes font état d'un besoin d'activité pour pouvoir se sentir utiles, et d'être (plus) autonomes ou indépendantes ou encore d'être occupées à quelque chose de manière régulière. Parmi les personnes bénéficiant d'un encadrement dans une structure avec hébergement, il apparaît que la pratique du sport n'est pas suffisamment répandue et que des activités sportives devraient être organisées. De plus, un besoin de routine ou de rythme est souvent évoqué. Plusieurs répondant-e-s espèrent bénéficier d'une formation pour trouver une occupation rémunérée ou un petit job afin de pouvoir améliorer leur quotidien. L'absence d'activité, d'occupation ou d'un travail sont pour de nombreuses personnes synonymes de l'isolement, qui engendre le mal-être, le sentiment de solitude ou de tristesse et le retour à la consommation.

Réinsertion

Bien que les critiques quant aux prestations d'insertion stricto sensu ne soient pas articulées de manière précise, il est important de relever qu'il ressort de nombreux entretiens que cet aspect n'est pas suffisamment traité ou que la place qui lui est attribuée dans la prise en charge n'est pas suffisamment importante. Comme évoqué plus haut, les personnes interrogées apprécient favorablement les structures qui les accueillent. Toutefois, nombreuses sont les personnes qui affirment en effet qu'il est aisé non seulement de s'occuper, de se sentir mieux, et de ce fait, de se tenir éloigné d'une consommation ou de ne pas tomber dans les problèmes lorsqu' à l'intérieur des dispositifs de prise en charge ou dans les structures qui leur viennent en aide, ou encore, tant qu'un droit à une aide existe, à savoir, lorsqu'il y a un séjour/un hébergement ou une solution de logement provisoire.

Les ressources ou les prestations pour disposer d'un plan de sortie et de retour à la vie extérieure sont jugées insuffisantes ou manquent tout simplement : dès que le droit cesse ou que la solution arrive à terme, les problèmes reviennent immédiatement, et ce sentiment ressort tant de la part des personnes qui aimeraient retrouver un vrai emploi que des personnes qui aimeraient simplement trouver le moyen de passer le temps et de trouver des occupations. Les répondant-e-s se retrouvent à nouveau livrés à eux-mêmes et totalement désarmés face à tous types de situation : pour trouver un logement, pour payer les factures, pour obtenir un soutien financier, pour manger ou simplement pour vivre.

Soutien financier

L'insuffisance de moyens pour faire face aux dépenses quotidiennes et mener une vie digne est évoquée par de nombreuses personnes, qu'elles disposent d'un revenu issu d'une activité rémunérée ou qu'elles soient dépendantes d'aides. Les poursuites et les dettes sont très souvent mentionnées comme un grand frein à une reprise en mains des situations individuelles : la bonne conduite et l'absence de consommation n'ayant ainsi que peu d'effets concrets sur le volet financier des personnes interrogées, ce qui engendre chez certain-e-s répondant-e-s un sentiment de fatalité et de désespoir.

Empathie

Il ressort des témoignages partagés via l'enquête un sentiment de stigmatisation tant de la part de la société dans son ensemble que de la part de certaines institutions. Les difficultés à trouver un logement ou un emploi dans un contexte par ailleurs particulièrement tendu dans le canton pour mener une vie digne sont exacerbées par un sentiment d'absence d'empathie et de focalisation négative sur la ou les addictions dont sont victimes les personnes rencontrées.

4. Réseau d'acteurs ou cartographie

Le prochain chapitre est consacré aux informations récoltées sur le réseau d'acteurs œuvrant actuellement dans le domaine de l'addiction à Genève. Ce réseau est présenté sous la forme d'une cartographie. L'angle principal d'analyse de ce réseau d'acteurs est la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s).

A Genève, il est important de rappeler que le réseau des institutions dédiant leurs activités à la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) s'est constitué en parallèle des évolutions historiques et politiques de l'encadrement de la consommation des drogues. L'état actuel du réseau reflète ainsi les évolutions passées de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes souffrant d'addiction(s). Cet état n'est pas issu d'une politique publique dotée d'un fil rouge constant et volontariste ou structurée directement et clairement par les pouvoirs publics responsables de la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève. Il est aussi important de noter que des acteurs comme Argos, association créée en 1978 ont par exemple vu le jour sous l'impulsion de l'État, en réaction à l'apparition des premières vagues de dépendances au moment de l'apparition sur le marché de la drogue de nouvelles substances psychotropes telles que l'héroïne. L'implication de l'État dans ce domaine est forte, mais elle se fait de manière indirecte.

Cette cartographie, qui se présente sous la forme d'un tableau Excel consultable en annexe, fournit un panorama détaillé de tous les acteurs actifs dans le domaine de l'addiction dans le canton. Elle est composée de deux onglets.

Sous le premier onglet, sont regroupés les acteurs identifiés comme faisant partis du réseau d'acteurs « primaires ». Il s'agit des acteurs pour lesquels la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) constitue le cœur des activités. Ce réseau d'acteurs primaire est composé d'une cinquantaine d'acteurs. Parmi ceux-ci, sont à mettre en avant quatre administrations publiques (grand État), seize établissements autonomes (petit État), vingt-six associations et sept Fondations de droit public ou de droit privé.

Sous le second onglet, sont regroupés les acteurs identifiés comme appartenant au réseau d'acteurs « secondaires », à savoir les acteurs œuvrant dans le domaine de l'addiction de manière indirecte. Pour cette deuxième catégorie d'acteurs, les questions d'addiction font partie des problématiques sociales auxquelles ils font face sans pour autant en être la mission principale. Cette catégorie regroupe dix associations et huit fondations. Certaines structures sont comptabilisées comme une structure à part entière, bien que faisant partie d'une institution plus grande, pour être mieux mises en exergue ou pour mettre en avant certaines spécificités intéressantes pour le présent mandat : c'est le cas par exemple de la Maison de l'Ancre, qui fait partie des Établissements publics d'intégration. Tous deux sont ainsi comptabilisées chacune comme un acteur séparé dans le réseau.

Pour chacun de ces acteurs, les informations récoltées sont regroupées sous 3 grandes catégories :

- Descriptif de la structure : type de structure (administration publique, établissement public autonome, association, fondation), activités dans les quatre piliers de la politique des drogues, nature du financement (public/privé) et mission de la structure ;
- Nature de la prise en charge : catégories d'addiction couverte (addictions aux substances légales, addictions aux stupéfiants, addictions sans substance), typologie de la prise en charge (sanitaire, intégration sociale, intégration professionnelle), prérequis pour la prise en charge (bas seuil ; Hospice général, assurance invalidité, LAMal), durée de la prise en charge (ambulatoire, résidentiel, aucune) et prestations fournies (écoute, suivi, gratuit/payant pour le bénéficiaire)
- Coordonnées et informations de contact

4.1 Acteurs

4.1.1 Acteurs du réseau « primaire »

Le premier cercle d'acteurs identifiés comprend une première catégorie d'acteurs étatiques. La distinction est faite entre les structures du « petit État » et celles du « grand État ». Les acteurs du « petit État » actifs dans la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) sont : le Service de protection de l'adulte (SPAd), le Service de protection des mineurs (SPMi), le Service d'application des peines et mesures (SAPEM) et le Service de probation et d'insertion (SPI).

L'un des acteurs étatiques principaux est le SPAd qui exécute les mandats de protection (curatelles) que lui confie le tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE). Les mesures offertes portent tant sur la gestion des biens, des revenus, des rentes de la personne protégée que sur la représentation juridique de celle-ci auprès des tiers ou encore sur l'assistance personnelle.

Le SPMi intervient quant à lui en miroir de l'activité du SPAd, mais pour les personnes mineures. Il est bras armé de l'État en termes de lutte contre la maltraitance envers les mineurs. Le SPMi a la charge de recevoir et de traiter les signalements émanant soit de familles, de jeunes, de professionnels ou encore de tribunaux pour intervenir, dans l'intérêt supérieur de l'enfant auprès des familles. Il peut être amené à prendre des décisions pour les mineurs sans ou avec mandat judiciaire. En dernier recours, il peut être amené à effectuer des placements de mineurs lorsque l'éloignement du foyer familial s'avère nécessaire.

Le SAPEM intervient pour appliquer les décisions de justice rendues à l'encontre de personnes et est chargé de déterminer les modalités d'exécution. Il intervient en général après une condamnation à une peine (pécuniaire et/ou de privation de liberté) par un tribunal. Le SAPEM est l'autorité compétente pour décider par exemple, du lien de détention, du changement de régime de détention ou encore de la dénonciation au Procureur général en cas de non-respect d'une obligation de traitement.

Le SPI intervient après qu'une personne condamnée ait purgé une peine privative de liberté avec sursis ou non ou lors de libération conditionnelle assorties d'une astreinte à une assistance de probation. Le service a pour mission de favoriser l'intégration de ce public. Il lui apporte un soutien

tant pour la gestion administrative que pour la formation et l'insertion socio-professionnelle. Cette assistance a également pour but de dissuader les personnes prises en charge de commettre de nouvelles infractions.

Parmi les plus importants acteurs dits du « grand État » de ce réseau, il y a : l'Office cantonal des assurances sociales (OCAS), notamment responsable des prestations issues de l'assurance invalidité (AI), l'Hospice général (HG), les Hôpitaux universitaires genevois (HUG) et les établissements publics pour l'intégration (EPI) avec la Maison de l'Ancre.

L'Assurance invalidité est une assurance visant à garantir les moyens d'existence aux personnes assurées devenues invalides, que ce soit par des prestations en nature (mesures de réadaptation) ou par des prestations en espèces (rentes ou allocations). Elle remplit donc un rôle primordial pour les personnes souffrant d'addiction(s) puisque nombreuses sont celles se trouvant dans des situations financières précaires, sans emploi et vivant grâce aux différentes rentes, en particulier celles versées par l'AI. L'Assurance-invalidité offre également la possibilité de prêts ponctuels en cas de situation de crise.

L'hospice général est un autre acteur fondamental de ce réseau. Il est en effet l'acteur principal de l'assistance en matière de besoins sociaux à Genève en intervenant auprès des personnes souffrant d'addiction(s) lorsqu'elles bénéficient d'une aide financière mensuelle, principalement via les assistants sociaux des Centres d'action sociale (CAS) disséminés à travers les quartiers du canton. Il a pour mission d'œuvrer pour prévenir l'exclusion sociale en assurant les services suivants : fournir une assistance et une aide sociale aux habitants du canton, suisses ou étrangers, se trouvant démunis, accueillir les requérants d'asile et leur offrir un hébergement et développer des activités dans les domaines de l'information et de la prévention sociale.

Les HUG sont le principal acteur en matière de prise en charge sanitaire de l'addiction. Les HUG ont un service dédié à la problématique de l'addictologie (psychiatrie). La couverture en matière de santé ou de prise en charge de type sanitaire sur le territoire de cantonal est appréciée positivement ; cela a été souligné à de maintes reprises lors d'entretiens avec différents acteurs du réseau, et ressort également de l'enquête auprès des bénéficiaires.

Parmi les principales structures des HUG, il y a : le pôle ambulatoire de Toulenc et le centre ambulatoire d'addictologie (CAAP Arve et CAAP Grand-Pré) des HUG. Ces deux pôles de consultation CAAP Arve et CAAP Grand-Pré prennent en soin toute personne souffrant d'une addiction à un opiacé comme l'héroïne, la morphine ou la méthadone. Les étapes de la thérapie sont établies en partenariat avec les équipes médico-soignantes et le patient est impliquée dans toutes les décisions de soins. Le traitement s'appuie sur des médicaments dans le cadre des traitements agonistes opiacés (TAO).

Plusieurs associations actives dans la prise en charge sociale des addictions ont été identifiées. Les principales étant Première ligne (Quai 9) et Argos. L'association Argos a pour but la création et la gestion de dispositifs destinés à la prise en charge de personnes souffrant d'addiction. Elle offre des services d'hébergement à court et moyen termes et des ateliers occupationnels et d'apprentissage

ainsi que des groupes de discussion pour les personnes dont la particularité est de souffrir de dépendances fait partie de cette catégorie mais elle est unique en son genre à Genève. Les professionnels d'Argos accueillent toute personne confrontée à des problèmes de dépendance, ainsi que leurs proches, dans le cadre de son pôle ambulatoire l'Entracte et de ses deux pôles résidentiels : le CRMT et le Toulourenc. La structure du Quai 9 de l'association Première ligne a pour mission d'offrir un espace d'accueil et de consommation à moindres risques. Comme précédemment présenté, le quai 9 offre différents services tels que du matériel de consommation stérile, mais aussi des consultations médicales.

Plusieurs fondations font également partis de ce réseau d'acteurs primaire. La principale étant la Fondation Phénix. Cette dernière est spécialisée dans la prise en soins médico-psycho-sociale des personnes présentant des problèmes d'addiction avec ou sans substance. Elle traite toutes les formes d'addiction, avec ou sans substance, principalement en favorisant le traitement médical, le traitement psychothérapeutique la réinsertion sociale et la réintégration professionnelle.

4.1.2 Acteurs du réseau « secondaire »

Dans la prise en charge des personnes qui souffrent d'addiction, le réseau d'acteurs est ainsi fragmenté entre les acteurs qui contribuent directement aux besoins des personnes souffrant d'addiction, d'un côté, et dont les prestations ont comme but premier de répondre spécifiquement aux besoins des personnes souffrant d'addiction(s)), et de l'autre, les services qui contribuent indirectement à la prise en charge des personnes souffrant d'addictions et dont l'action n'est pas spécifiquement orientée pour répondre aux problématiques que rencontrent les personnes qui souffrent d'addiction(s), mais qui les prend en charge. Parmi ces acteurs se trouvent des associations et des Fondations telles que l'Orangerie, qui propose des heures de travail à toutes personnes exclues socialement ou encore le Centre Espoir de l'Armée du Salut.

4.2 Financement des acteurs

En matière de financement, les associations qui composent le réseau actuel reposent majoritairement sur de financements publics : ces associations, bien qu'indépendantes, bénéficient d'un soutien important de la part des collectivités publiques, principalement sous la forme de subventions annuelles ou pluriannuelles ou alors via le financement par des assurances sociales ou invalidité (Assurance invalidité) ou de santé (LAMAL). Pour la quasi-totalité de ces acteurs, le soutien direct des collectivités publiques et ou des assurances sociales est indispensable à leur action.

Bien qu'il ait été très difficile de parvenir à identifier des informations précises quant au financement exact des différents acteurs, le modèle dominant du financement de ces structures est basé sur environ deux tiers des rentrées financières qui sont assurés par des prestations facturées indirectement aux personnes suivies, via des prestations qu'elles perçoivent par des institutions actives dans l'aide sociale (Hospice Général), l'invalidité (AI) et / ou la prise en charge médicale (LAMAL). Le tiers restant est généralement assuré par des subventions publiques émanant soit de l'État, des communes et / ou des financements privés (fondations privées, etc.). La situation est

évidemment propre à chaque institution mais ce modèle de structure du financement semble être une tendance qui se dessine pour plusieurs acteurs.

4.3 Nature de la prise en charge, catégories des addictions prises en charge et prestations fournies

En termes de prise en charge, les structures peuvent être distinguées premièrement par le fait que certaines offrent un accueil dit « bas seuil » tandis que d'autres imposent des conditions d'accès plus ou moins importantes, notamment au travers de prérequis très stricts en matière de prise en charge financière. Les acteurs « bas seuil » n'imposent pas de conditions pour bénéficier des prestations qu'elles offrent : n'importe qui peut donc accéder à l'offre. Cela comprend notamment le fait de ne pas devoir présenter de document d'identité, qu'il n'y a pas besoin d'être affilié à une assurance maladie, qu'il n'y a pas de condition d'être financé par une aide sociale ou par une rente invalidité pour accéder à un programme d'ateliers ou une place dans un foyer. Les établissements au « seuil élevé » conditionnent en revanche l'accès à leurs offres à un certain nombre de critères tels qu'être affilié à une assurance maladie ou d'être au bénéfice d'une aide sociale ou d'une rente invalidité pour participer à un programme d'atelier ou à une place dans un foyer. Le dispositif Drug Checking du dispositif Nuit Blanche, qui permet d'analyser et de renseigner sur le dosage et la composition des produits stupéfiants de manière anonyme, est une illustration de structure « bas seuil ».

A l'inverse, les centres de prise en charge psychiatrique de la Fondation Phénix sont répertoriés comme des structures dites de « seuil élevé » car elles imposent comme condition d'accès à leurs structures d'être affiliés à la LAMAL. Parmi les 70 acteurs identifiés, 20 n'imposent pas de condition d'entrée (« bas seuil »). On peut citer les services d'urgences bas seuils tels que la Main tendue (143), l'Unité mobile d'urgence sociale (UMUS) de l'Institution de maintien à domicile (IMAD) ou les foyers et autres centres de résidences qui contribuent, directement ou indirectement et dans l'urgence à maintenir le lien social des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève. 29 sont répertoriés comme « seuil élevé ». Cette donnée de l'accessibilité à la prestation n'a pas pu être récoltée pour l'ensemble des acteurs.

S'agissant des catégories d'addictions prises en charge par le réseau d'acteurs, certains acteurs focalisent leur prise en charge sur une typologie d'addictions (addiction à des substance ou addiction sans substance), tandis que d'autres acteurs focalisent leur prise en charge sur certains types de substances (alcool uniquement, cannabis uniquement, stupéfiants uniquement, etc.). Sur 70 acteurs identifiés, près des deux tiers proposent des prestations aux personnes souffrant de l'une des trois catégories d'addictions distinguées dans cette étude (addiction à des substances légales, addictions à des stupéfiants, addictions sans substances) tandis que 24,3% focalisent leur activité sur une ou deux de ces catégories. La plus forte prévalence des acteurs offrant une prise en charge d'une seule typologie d'addictions sont les acteurs qui se concentrent sur la dépendance à l'alcool.

S'agissant des prestations fournies, on distingue dans la cartographie la typologie de la prise en charge selon trois catégories (sanitaire, intégration sociale ou intégration professionnelle) de la nature de la prise en charge (ambulatoire, résidentielle ou autre/sans). La cartographie distingue

également les prestations d'écoute et de suivi, la gratuité ou non des prestations (à savoir, non-facturées aux bénéficiaires) ou de la non-gratuité (prestations facturées directement ou indirectement au bénéficiaire, comme à l'institution qui le soutient) de la prise en charge.

Il ressort de la cartographie, que malgré le nombre important d'acteurs actifs dans le domaine de l'addiction, Les principaux acteurs à Genève actifs dans le domaine de la prise en charge sociale et dont la mission vise spécifiquement à offrir une assistance sociale au public cible des personnes souffrant d'addiction(s) sont relativement peu nombreux.

Les personnes toxicomanes se trouvent dans des situations financières très précaires. Elles ont souvent des dettes et sont ensuite en poursuite. Plusieurs d'entre elles sont sous placées sous curatelle. Majoritairement sans emploi, elles dépendent des différentes aides et rentes versées par les services étatiques. Cela explique l'importance que prennent les institutions comme le SPAd ou l'Hospice général dans ce réseau d'aide aux personnes dépendantes à des substances.

Parmi les acteurs présentés dans la cartographie, aucun n'est en mesure d'offrir une solution de logement pérenne. Le service de probation et insertion offre des solutions d'hébergement pour une durée de maximum 6 mois ; de plus, certaines structures telle qu'Entracte aident dans la recherche d'un logement, mais la situation du marché immobilier genevois qui est sous tension sur le territoire cantonal et la situation des personnes souffrant d'addiction(s), qui sont souvent sans emploi ou aux poursuites, rend l'accès à un logement presque impossible.

D'autres établissements, tels que la Maison de l'Ancre (des Établissements publics pour l'intégration) qui propose de l'hébergement destiné aux personnes alcoolo-dépendantes, cible des catégories spécifiques d'addiction. La problématique du logement ressort de cette étude comme étant centrale. D'un côté, il y a le besoin d'avoir un logement pérenne ce qui apporterait une stabilité à la personne, tout en lui permettant, d'un autre côté d'avoir un espace à elle. Les différentes solutions d'hébergement proposées par les acteurs du réseau ont pour inconvénient d'abord d'être temporaires. Aucun logement n'est proposé à la suite de ces solutions à court ou moyen terme. Plusieurs personnes se retrouvent ainsi régulièrement directement dans la rue. De plus, ces solutions d'hébergement offrent peu d'intimité aux personnes en bénéficié et peut conduire à un manque d'insertion sociale, puisque les personnes souffrant d'addiction(s) s'y retrouvent entre elles.

En plus de l'insertion à visée sociale, certains acteurs proposent également des dispositifs visant à réintégrer les personnes en marge de la société sur le marché du travail. On peut citer entre autres des acteurs tels que les EPI, la Fondation Trajets, L'Orangerie ou l'Arcade 84 qui proposent des stages ou des missions ayant pour vocation de venir en aide aux personnes souffrant de troubles psychiques. Les personnes toxicomanes font face à de nombreux obstacles lors de leurs recherches d'emploi. D'abord en raison de la stigmatisation à laquelle ils font face, ensuite car plusieurs n'ont plus eu d'emploi depuis de nombreuses années et ensuite en raison du manque de stabilité dû à leur consommation.

En raison de leur dépendance(s), les personnes souffrant d'addiction(s) vivent souvent en marge de la société. Par leurs actions et programmes dans le domaine de l'intégration sociale, les acteurs tels

qu'Argos, Phénix, Café Cornavin ou encore l'Antenne Drogue Famille contribuent directement à la (re-)construction du lien social de ces individus et / ou de leurs proches en vue de permettre aux personnes souffrant d'addictions de ne pas perdre complètement les liens sociaux qu'ils entretenaient avec leurs proches ou, lorsque ces liens sont rompus, de permettre à ces individus de rebâtir des liens sociaux en vue de leur permettre de se réintégrer socialement dans la société.

Des acteurs tels que la Fondation Phénix ou les centres de prise en charge des addictions à des substances (CAAP Arve et CAAP Grand-Pré) des HUG actifs principalement dans le volet sanitaire de la prise en charge du public cible disposent également d'un personnel spécialisé dans l'assistance sociale et qui permet aux personnes suivies de compléter leur prise en charge dans ce domaine.

5. Conclusions

Certaines personnes en situation de dépendances sont totalement mises à la marge de la société et se retrouvent souvent sans logement, sans travail, sans famille et sans ressources financières tandis que d'autres personnes souffrent de formes d'addiction(s) ayant un impact moins direct, plus subreptice, ou déployant ses effets sur la durée, ce qui leur permet par exemple de rester intégrées dans la société (maintien d'une activité professionnelle, contacts réguliers avec l'entourage, etc.).

Les entretiens menés ainsi que les résultats de l'enquête auprès des usagers révèlent que les profils et les parcours des personnes interrogées, bien qu'ils comportent plusieurs points communs, se révèlent plutôt différents les uns les autres et que de ce fait, les besoins de ces publics-cibles sont extrêmement variés.

A Genève, le réseau dédié à la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) s'est construit au fur et à mesure et au fil des changements des modalités de consommations et des politiques notamment en lien avec les drogues et la lutte contre ces dernières. Il n'y a donc pas de stratégie cadre, d'objectifs clairs quant à la prise en charge (sociale) spécifique des personnes souffrant d'addiction(s). Bien qu'un réseau d'acteurs existe, sa gouvernance n'est pas formalisée ni institutionnalisée.

Sans orientation stratégique de la part de l'État, la mosaïque d'organisations actives dans la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) a pour conséquence de favoriser une situation dans laquelle les organisations répondent en premier à leurs propres objectifs et agenda, ensuite aux besoins des bénéficiaires qu'ils identifient, de manière déconcertée et selon leur propre prisme. Au-delà de la coordination non-formalisée mais qui se fait de facto entre les acteurs eux-mêmes, il manque aujourd'hui de la part de l'État des orientations stratégiques avec la définition d'objectifs dans ce domaine de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) et une coordination formelle des acteurs.

Il ressort fortement de la présente analyse qu'au-delà de la problématique du travail en silo des différents acteurs de la prise en charge sociale de personnes souffrant d'addiction(s), le système administratif et institutionnel du réseau ne favorise pas un démarchage actif des acteurs auprès du public cible. La plupart des interlocuteurs rencontrés déplore cet état de fait, en particulier en raison du fait que la population des personnes souffrant d'addiction(s) n'a parfois pas la capacité de faire appel au réseau. C'est le réseau qui devrait venir à eux. On peut aisément s'imaginer que le système actuel coupe inévitablement certains potentiels bénéficiaires de l'offre de prise en charge existante.

Il a aussi été relevé à plusieurs reprises par les interlocuteurs rencontrés qu'il existe parfois des cassures dans le suivi social des bénéficiaires, en raison de changements des régimes de financement. Ainsi, une personne qui se trouve par exemple à l'Hospice Général pendant un certain nombre d'année et qui dispose d'un suivi social peut se retrouver dépourvue totalement de suivi social si une rente AI lui est octroyée. Le travail social qui aura été entamé peut ainsi se retrouver

anéantit de façon quasi instantanée et faire replonger les bénéficiaires dans des situations sociales fortement dégradées, desquels ils pourront mettre des années à ressortir.

Bien que le volet de prise en charge sanitaire des personnes souffrant d'addiction(s) ne faisait pas partie du champ couvert par la présente évaluation, il n'est rendu de conclusion ni de recommandations en lien avec l'adéquation entre les besoins du public cible en la matière et les réponses que fournissent les acteurs dans ce domaine. Toutefois, il peut être noté que la plupart des personnes interrogées, tant dans le cadre des entretiens d'approfondissement avec les acteurs que lors de l'enquête auprès des usagers s'accordent à dire que l'offre sanitaire dans le domaine de l'addiction à Genève rencontre une satisfaction générale plutôt élevée.

En termes de prise en charge sociale en revanche, les entretiens avec les parties prenantes du dispositif de prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève et l'enquête menée auprès des bénéficiaires révèlent plusieurs points d'amélioration à envisager sur le court, moyen et long termes pour favoriser une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre.

Outre les difficultés (dettes, poursuites, instabilité des ressources financières, etc.) inhérentes aux personnes aux parcours sociaux compliqués à trouver un logement stable et en leur nom propre, l'analyse des résultats démontre que du point de vue des bénéficiaires, les solutions actuellement proposées dans le domaine du logement sont largement insatisfaisantes. Cela rejoint également les conclusions du concept de *Housing first*, développé dans les années 90 en Amérique du Nord et qui pose comme condition de base pour la prise en charge des besoins sociaux des personnes sans-abris, la mise à disposition de logements¹⁹. Le concept de *Housing first* pose comme condition de base à toute prise en charge sociale d'un public cible déterminé (à l'origine de ce concept : les personnes sans-abris) de lui mettre à disposition un logement pérenne et abordable²⁰.

Ce concept révèle le gain en autonomie et donne de meilleures chances à une insertion sociale réussie. Cette politique du *Housing First*, popularisée aux États-Unis a été un jalon important dans la prise en charge durable d'autres publics nécessitant l'assistance des pouvoirs publics à Genève, tels que les logements sans obstacles pour les personnes en situation de handicap ou les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA). Ces considérations devraient être prises en compte dans les réflexions qui seront menées pour développer une stratégie/politique à destination des personnes souffrant d'addiction(s) et permettrait notamment de renoncer au recours actuel à des chambres à l'hôtel, dispositif très coûteux et payé par les autorités.

Aussi, le réseau d'acteurs œuvrant dans le domaine ne cible qu'une partie des personnes dépendantes. En ce sens, les personnes qui sont complètement désintégréées et qui ne bénéficient d'aucun suivi, typiquement des personnes qui errent souvent d'une ville européenne à l'autre, en étant à la rue, qui sont sans papiers ou qui sont allophones, sont de fait exclues du volet de prise en charge sociale offert par le réseau, en raison notamment du fait qu'une partie importante des acteurs ont des seuils d'accès élevés et qu'à l'inverse les structures dont l'accueil est de bas seuil sont minoritaires. Cette prise en charge qui impose des conditions d'accès élevées (par exemple disposer

¹⁹ <https://housingfirsteurope.eu/guide/what-is-housing-first/history-housing-first/>

²⁰ https://web.archive.org/web/20151210215638/http://usich.gov/usich_resources/solutions/explore/housing_first/

d'un permis de séjour, parfois être au bénéfice d'une rente d'une assurance sociale, ou encore, plus trivialement, ne pas être accompagné par un chien sont autant de barrières à l'accès de certaines structures.

Ensuite, il ressort de la présente analyse que bien que de nombreux acteurs répondent à certains besoins sociaux en proposant des activités, des ateliers ou simplement des espaces d'écoute, il existe parfois un décalage entre la connaissance des acteurs du terrain rencontrés dans le cadre de cette évaluation et qui connaissent bien les spécificités et les services offerts par les différents acteurs et le public cible qui ignore parfois l'existence de l'offre proposée par des acteurs majeurs actifs dans le domaine de la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s).

Ce constat est également à mettre en rapport avec le constat que beaucoup d'acteurs sont spécialisés dans un domaine d'activité particulier et qu'ils appréhendent trop souvent les bénéficiaires en fonction de l'offre qu'ils ont à leur offrir et des modalités les plus fréquentes, et non pas en fonction des besoins avérés des personnes souffrant d'addiction(s).

Dans une société encore largement dominée par la valeur du travail, le fait de ne pas en avoir un et de n'avoir aucune perspective prochaine d'en avoir un, constitue un fardeau supplémentaire pour ce public cible. Bien que les personnes qui n'ont pas l'intention de chercher un travail soit élevé, les témoignages récoltés et les entretiens révèlent que ces mêmes personnes ont malgré tout besoin de « se rendre utiles » et d'être actives, mais sous une forme différente de celle d'un travail salarié rémunéré.

S'agissant des ressources financières des personnes en situation d'addiction(s), les situations et les besoins sont très variables d'un cas à l'autre. Néanmoins, la situation actuelle des personnes se trouvant en situation d'addiction peut être résumées selon trois groupes : les bénéficiaires de rentes de l'Hospice Général, les bénéficiaires de rentes AI et les non-bénéficiaires de rentes. Parmi les bénéficiaires de rentes sociales, il faut relever le fait que les bénéficiaires de rentes de l'Hospice Général bénéficient également d'un suivi social puisqu'ils sont en général suivis par les Centres d'action sociale de l'Hospice Général correspondant au quartier où ils habitent et qui leur offre un suivi social régulier. En revanche, les bénéficiaires de l'Assurance invalidité n'ont pas de suivi social puisque cette assurance, fédérale, versée à Genève par l'Office des assurances sociales ne conditionne pas le versement de la rente à un suivi social, contrairement aux bénéficiaires de l'Hospice Général. Étant donné que les personnes souffrant d'addiction(s) ne disposent d'une autonomie souvent que très limitée, ce manque de suivi social pour les personnes au bénéfice d'une rente AI peut s'avérer dramatique. Pire, lors du passage d'une rente de l'Hospice Général vers l'attribution d'une rente AI, qui peut d'ailleurs parfois être versée rétroactivement, la cassure dans le suivi social peut s'avérer désastreuse pour ce public.

Ce problème, identifié par de nombreux interlocuteurs lors des entretiens et de l'enquête, génère des problèmes structurels en termes de réinsertion sociale. Des problèmes structurels et de grande précarité ont également pu être relevés auprès des personnes au bénéfice de rentes partielles, de l'AI notamment qui indiquent ne plus être en mesure de pouvoir vivre dignement à partir de la

deuxième moitié du mois, en raison d'insuffisances de ressources financières et d'incapacités à payer des frais mensuels fixes tels que nourriture, factures de téléphone ou loyer éventuel.

Notamment, l'instabilité incarnée par ces situations transitoires et souvent éphémères (l'hébergement en foyer, à l'hôtel ou chez des proches n'est jamais pérenne) génère un stress et une incapacité manifeste chez bon nombre de personnes interrogées à se projeter à court, moyen et long termes et à se plier à des notions de temporalité strictes. Un élément dont souffrent plus particulièrement les personnes toxicomanes, ce qui en fait une population particulière, ayant besoin d'un accompagnement ou d'un suivi particulier.

Alors même que la consommation de substances altère certaines capacités, il est encore trop souvent attendu de ces personnes souffrant de toxicomanie d'être ponctuelles aux rendez-vous ou dans le suivi de leur dossier, ou qu'elles se comportent comme des personnes qui ne souffrent d'addiction(s), notamment en lien avec les recherches ou le retour sur le marché de l'emploi. Cela révèle d'une part qu'une certaine méconnaissance persiste parmi les professionnels quant à la thématique ainsi qu'à la variété et à la complexité des problématiques rencontrées par les personnes souffrant d'addiction(s), de leurs besoins et des profils très différents.

Au manque de sensibilisation et formation du personnel s'ajoutent également un très grand manque de ressources ainsi que la surcharge de travail fréquemment invoquée et à laquelle sont confrontées certaines institutions. Cela a pour conséquence que les personnes ayant besoin d'une prise en charge différente ou ailleurs ne sont pas correctement orientées. Les situations d'addictions des personnes souffrant d'un handicap est un exemple d'un domaine qui a longtemps été sous-estimé. Pourtant, les professionnels semblent réaliser aujourd'hui qu'il existe un gros manque dans l'adéquation de la prise en charge de la problématique de l'addiction aux personnes souffrant d'un handicap et que cette inadéquation de l'offre semble problématique pour améliorer le sort de ces personnes.

Cet état de fait se matérialise par des prises en charge en silo comme évoqué précédemment, en fonction de la nature de prestations fournies par les organisations elles-mêmes et qui peuvent parfois être déconnectées entre elles, rendant le suivi et la cohérence entre les différentes offres de prise en charge d'autant plus compliquées pour le public cible qu'il n'est souvent pas en mesure d'agir selon ses pleines capacités. Cela induit un accompagnement sans réel suivi puisque le dossier d'un bénéficiaire est traité par différents collaborateurs dans le temps, et les bénéficiaires n'ont alors que peu de contacts ou des contacts trop sporadiques avec la personne qui doit leur venir en aide ou leur octroyer des mesures ou des prestations/qui reprend chaque dossier. Ainsi, bien que les droits soient respectés et que la rente soit versée, le volet social n'est pas ou que partiellement mis en œuvre.

Les personnes interrogées ont besoin de stabilité, de considération humaine et de respect. Or la prise en charge en silo ne contribue pas à cela. La nécessité d'évoluer vers un modèle de case management, d'une harmonisation de l'offre des acteurs et de l'abaissement des barrières administratives auxquels les bénéficiaires sont confrontés ressort clairement des constats observés dans le cadre de cette étude.

Bien qu'une attention poussée n'ait pas apportée à cette thématique, il ressort des travaux réalisés que le contexte de crise sanitaire liée à la pandémie COVID-19 a quelque peu (et logiquement) compliqué le travail et la mise à disposition de l'offre du réseau d'acteurs œuvrant dans la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s). Étant donné que le travail social est fortement basé sur des rencontres en présentiel entre les professionnels et les bénéficiaires, les mesures de distanciation sociale telles que le remplacement des rencontres en présentiel par des rencontres en ligne, la limitation des présences au sein d'ateliers ou tout simplement l'anonymisation et la suppression des expressions et des émotions sur les visages causée par le port du masque sont autant de barrières supplémentaires qui ont entravé le travail du réseau des acteurs actifs dans la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s). Bien que non-mesurable, cet état de fait à inévitablement contribué à marginaliser encore davantage ce public-cible, déjà fortement précarisé.

Par ailleurs, les situations rencontrées, extrêmement compliquées et douloureuses sur le plan humain rappellent également la responsabilité sociale d'encadrer le mieux possible les personnes qui souffrent d'addiction(s) dans la mesure où les situations difficiles auxquelles ces personnes sont confrontées et leurs parcours rappellent aussi à quel point il est aisé de basculer parfois en un rien de temps, en raison de peu de facteurs sur lesquels les prises s'avèrent souvent faibles.

Grâce aux mesures de réduction des risques et à l'abandon de l'outil répressif comme seule réponse aux problèmes des personnes souffrant d'addiction(s), la durée de vie de s'est particulièrement allongée, ce qui est en soi une excellente nouvelle. Néanmoins, ce rallongement de la durée moyenne de vie implique également qu'il est du devoir de la société de proposer, en plus des prises en charge sanitaires à court et moyen termes, de réels outils pour réintégrer socialement et lorsque c'est possible professionnellement, ces personnes dans la société. Les raisons humaines sont évidentes, mais surtout primordiales, les coûts générés par des prises en charge erratiques, non-adaptées ou ne répondant pas aux besoins concrets de ces personnes n'auront de cesse de croître également.

6. Recommandations

Basé sur l'ensemble des constats et conclusions faites dans le cadre de la présente analyse, le dernier chapitre de ce rapport propose des recommandations à l'attention de la mandante dans le but d'améliorer la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève.

R1. Réduire les cassures dans le suivi social des bénéficiaires en réduisant la prise en charge en silo par les acteurs et en introduisant un système de case management

Outre la coordination à améliorer entre les acteurs en tant que tel (c.f. recommandation ad hoc), la présente étude met en lumière le fait que la prise en charge par silo bénéficie souvent plus aux acteurs et à leurs intérêts directs, qu'aux bénéficiaires. Des situations difficiles émergent chez certains bénéficiaires qui se retrouvent être pris en charge de manière non linéaire, d'une institution à l'autre, en fonction de règles différentes, voire parfois contradictoires. Aussi, le risque de cassure dans le suivi social des individus lors du passage d'un financement par une aide sociale vers une rente d'invalidité est réel. L'abandon du suivi social entraîné par le changement de la source de financement des individus peut être dramatique et devrait être évité autant que possible. En cas d'interruption du suivi social, les bénéficiaires souffrent souvent d'une désinsertion sociale par manque de suivi et les efforts à consentir par les bénéficiaires et les institutions de suivi sociales sont alors dédoublés puisqu'il faut parfois reprendre le suivi social « depuis zéro ».

La logique de suivi par silo par les acteurs devrait être abandonnée. Au contraire, une prise en charge holistique des besoins devrait être privilégiée. Cela permettrait de répondre aux besoins des usagers de manière cohérente entre les différents acteurs de la prise en charge. Afin d'améliorer en particulier la prise en charge sociale des bénéficiaires, l'introduction du case management par les autorités publiques devrait être une piste à étudier. Cette approche holistique de la prise en charge permettrait non seulement de briser les cassures dans la prise en charge évoquées mais permettrait également d'orienter l'action publique de manière proactive vers les bénéficiaires, plutôt que l'inverse comme c'est le cas actuellement. L'approche du case management permettrait concrètement la mise en place d'une prise en charge sociale globale du bénéficiaire, en garantissant le suivi de son dossier mais également de la cohérence des différentes prestations dont il pourrait être amené à bénéficier, et participerait à la construction et à la consolidation du lien de confiance entre le bénéficiaire et les institutions partenaires. De plus, l'approche du case management permettrait d'étudier et de réévaluer de manière régulière la situation du bénéficiaire, en adaptant les différentes facettes de ses besoins selon la palette de l'offre proposée par les différents acteurs du réseau.

R2. Lors des réflexions visant à développer une politique publique propre à la prise en charge sociale des personnes souffrant d'addiction(s), l'OAIS devrait définir les objectifs du réseau d'acteurs, le formaliser et définir ses modalités de gouvernance/de coordination

Le réseau d'acteurs actifs dans la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) se fait actuellement de manière déconcertée, sans coordination et sans que des objectifs clairs soient définis par l'État. Lorsque celui-ci réfléchira sur une politique publique en la matière, il devra tenir

compte des besoins du public cible et avant de répondre aux besoins des acteurs qui constituent le réseau. En plus de mettre à mal l'efficacité de l'action sociale et le manque de cohérence entre les situations des bénéficiaires en fonction des institutions par lesquelles ils passent, le manque de cohérence entre l'action des différents acteurs du réseau révèle une inefficience dans la gestion des moyens qui sont consacrées par les institutions au suivi social des personnes souffrant d'addiction(s).

Dans cette future politique publique, une stratégie à court, moyen et longs termes devrait être définie pour les acteurs œuvrant dans la prise en charge des personnes souffrant d'addictions et la coordination entre les acteurs devrait être formalisée afin d'améliorer la cohérence et la complémentarité de l'offre existante fournie par ces acteurs. Le bénéficiaire devrait être placé au centre de cette réflexion (c.f. recommandation ad hoc sur le case-management) et de cette stratégie. Aussi, la politique publique devrait favoriser une prise en charge proactive envers les bénéficiaires et non réactive.

Une option à étudier pour incarner cette future politique publique consisterait à déléguer cette mission de gouvernance et de coordination de l'action publique dans ce domaine à une nouvelle entité, par exemple, une fondation de droit public sur la base de modèles inspirés d'autres cantons romands ayant entrepris des démarches en ce sens ces dernières années (Neuchâtel, Valais et le canton de Vaud avec son système d'indication entre autres exemples). Cette fondation aurait la charge de mettre en œuvre la stratégie définie par l'État en coordonnant les rôles et les objectifs pour les différents acteurs gravitant dans les domaines des prises en charge sanitaire, sociale et d'intégration socio-professionnelle des personnes souffrant d'addiction(s). Cette fondation, au rôle d'interlocuteur central en matière d'addiction à Genève, serait la face visible de la politique de l'État dans ce domaine.

R3. Poursuivre l'action menée en levant les freins identifiés à la prise en charge sociale des usagers et en réduisant les barrières administratives

Certaines personnes se retrouvent exclues du système de prise en charge pour des raisons de barrières à l'entrée (seuils élevés). En effet, le fonctionnement actuel exclut de fait toute une série d'usagers qui ne sont pas éligibles aux aides apportées par les acteurs en présence. Ce point concerne souvent les personnes en situation de grande précarité et qui de ce fait « sortent du radar » et se retrouvent exclues systèmes de prise en charge, alors que ce sont sans doute celles qui en auraient le plus besoin.

Des mécanismes de prise en charge bas seuil devraient plus généralement être exigés auprès des acteurs subventionnés afin de réduire autant que possible ces barrières d'accès à la prise en charge des personnes souffrant d'addiction(s) et garantir ainsi une forme d'universalité de la prise en charge du public cible. Le second écueil administratif qu'il conviendrait de lever est le fait que le système de prise en charge sociale actuel fait reposer sur le public cible le fardeau de la démarche d'intégration auprès des acteurs. Lorsque l'on se retrouve dans des situations de dépendances graves, ces barrières administratives constituent des freins à l'accès et incitent les potentiels bénéficiaires à ne même pas tenter d'obtenir l'aide à laquelle ils auraient pourtant droit. Concrètement, ce fardeau

administratif devrait être levé et géré par les entités elles-mêmes ou par la fondation évoquée à la recommandation précédente.

De plus l'inversion du fardeau de la responsabilité de la prise en charge devrait aussi être menée de manière à ce que ce soient les acteurs qui se rendent auprès des bénéficiaires et non l'inverse, dans le but de s'assurer que personne ne soit exclu de l'offre de prise en charge proposée. Aujourd'hui, le système repose essentiellement sur la responsabilité individuelle, or pour certaines formes d'addictions, cela ne marche pas. La démarche consistant à inverser le fardeau de la responsabilité de la prise en charge du public cible vers les acteurs est indispensable d'abord pour le public cible concerné, à titre individuel afin d'assurer autant que possible une limitation des dégâts sur le plan sanitaire, social, d'intégration socio-professionnelle mais également sur le plan humain. Aussi, cette inversion du fardeau de la responsabilité serait également bénéfique pour la société dans son ensemble puisque plus la prise en charge se ferait de manière précoce, moins elle engendrerait des coûts élevés pour la collectivité, qui la finance. A l'inverse, plus elle est tardive, et plus elle coûte cher.

R4. Améliorer les connaissances des professionnels du réseau d'acteurs sur les besoins spécifiques des personnes souffrant d'addiction(s)

De manière générale, les résultats de l'enquête et les entretiens menés dans le cadre de ce mandat ont révélé un grand professionnalisme de la plupart des acteurs du réseau, en particulier ceux actifs dans la prise en charge sanitaire des personnes souffrant d'addiction(s).

Les données récoltées révèlent que, comme évoqué dans la précédente recommandation, le système actuel repose principalement sur la responsabilité individuelle du public cible. Dans les cas où l'addiction n'est pas trop invasive, il n'est pas exclu que ce système fonctionne. En revanche, passé un certain seuil d'addiction, ce système ne contribue pas, de manière générale, à améliorer la situation des bénéficiaires et, *in fine*, à améliorer leur bien-être.

Il a également été constaté dans les données relevées qu'il existe parfois un manque de compréhension de la part du personnel encadrant le public cible de la situation vécue par les bénéficiaires, en particulier dans les institutions pour lesquelles l'addiction ne constitue pas le cœur de leur activité. Cette incapacité du personnel à se mettre à la place des bénéficiaires et, dans certains cas le manque d'empathie qui en découle, ne favorise pas non une prise en charge de qualité et une amélioration de leur situation sur le moyen et long terme.

Afin de palier cela, des formations spécifiques sur les besoins des personnes souffrant d'addiction(s) devraient être proposées aux professionnels actifs dans le réseau. Cela contribuerait sans nul doute à améliorer la prise en charge de ces personnes.

R5. Répondre aux besoins de base du public cible dans le domaine du logement et dans le domaine occupationnel pour améliorer la réinsertion

Les résultats de l'enquête montrent que si le dispositif répond globalement aux besoins du public cible, il existe aujourd'hui un manque d'offre dans deux domaines principaux : le logement et les activités occupationnelles. D'après les résultats de l'analyse, ces manques sont problématiques dans la mesure où ils ne favorisent pas la réinsertion dans la société des personnes prises en charge.

Concernant le logement, et bien que la situation dans ce domaine soit extrêmement tendue à Genève en raison de la pénurie de logement (ce qui aggrave d'autant plus la précarité du public cible), des offres pérennes devraient être proposées aux personnes souffrant d'addiction(s). Si la mise à disposition d'un logement dans un foyer ou à l'hôtel empêche certainement une partie du public cible de se retrouver à la rue, ces solutions transitoires n'offrent pas la stabilité d'un logement « à soi », qui permettrait de se projeter sur le long terme. Des solutions d'hébergements mixtes, tels que développés ces dernières années pour les personnes âgées ou pour les personnes souffrant d'un handicap, devraient également être étudiées pour permettre aux personnes souffrant d'addictions de retrouver le chemin de l'indépendance et leur donner une base pour se réinsérer dans la société.

Concernant les activités occupationnelles, celles-ci jouent également un rôle majeur non seulement dans le quotidien d'une personne de manière générale mais également dans sa capacité à se projeter sur le long terme. C'est l'un des constats qui ressort fortement de l'enquête auprès des usagers, ceux-ci confirmant le manque d'activités proposées aujourd'hui par les acteurs existants. Ces activités, qui existent en partie aujourd'hui, devraient pouvoir poser les jalons d'une réinsertion sociale et professionnelle.

Enfin, si ces deux mesures ne doivent pas être envisagées comme des fins en soi, elles participent toutes deux à rendre non seulement le quotidien des personnes souffrant de dépendance(s) plus supportable mais elles leurs permettraient également de se projeter vers un avenir plus autonome et dépourvu des diverses formes de dépendances dans lesquelles ce public cible se retrouve.

Annexe I : Cartographie illustrée - pictogrammes

Légende

Politique des 4 piliers

-  Prévention
-  Thérapie
-  Réduction des risques
-  Répression

Catégories d'addictions

-  Addiction substances légales (alcool, tabac)
-  Addictions substances illégales
-  Addictions sans substances (jeux, écran, travail, sexe, alimentation, etc)

Typologie de prise en charge

-  Sanitaire
-  Intégration sociale
-  Intégration professionnelle

Prérequis de prise en charge

-  Bas seuil
-  Seuil élevé

Durée de la prise en charge

-  Ambulatoire
-  Résidentiel
-  Aucune

Prestations fournies

-  Écoute
-  Suivi
- Gratuit
- Payant

Service de protection de l'adulte (SPAd)

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

Service de protection des mineurs (SPMi)

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

Service d'application des peines et mesures (SAPEM)

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

Service de probation et d'insertion (SPI)

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

Hospice général (HG)

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

Unité mobile d'urgence sociale (UMUS) de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD)

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

Hôpitaux universitaires genevois (HUG)

Politique des 4 piliers		Payant
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

Etablissements publics pour l'intégration (EPI)

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

La Maison de l'Ancre (EPI) (y.c. Maison Chuit)

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

eipi
Etablissements publics pour l'intégration

Fondation Phénix

Politique des 4 piliers		Payant
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

FONDATION PHENIX
Recherche | Culture

Première ligne

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

première ligne

Argos

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

ARGOS
Centre de l'addiction

Café Cornavin

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

CAFÉ CORNAVIN

L'Orangerie

Politique des 4 piliers		Gratuit
Catégories d'addictions		
Typologie de prise en charge		
Prérequis de prise en charge		
Durée de la prise en charge		
Prestations fournies		

L'Orangerie

Annexe II : Liste des interlocuteurs interrogés

Hossam Adly, Secrétariat général du Département de la cohésion sociale, État de Genève, Secrétaire général adjoint

Khadija Ammar, Fondation Phénix, Directrice adjointe

Anne Antille, Service de probation et des peines, État de Genève, Directrice adjointe

Pascal Dupont, Argos, Entracte, responsable

Barbara de Broers, Unité des dépendances, Hôpitaux universitaires de Genève, Médecin responsable

Raphaël Fragnière, Service de protection de l'adulte, État de Genève, Directeur

Eric Gillieron, Service de protection de l'adulte, État de Genève, curateur

Murielle Lasserre, Service social, Ville de Genève, Adjointe de direction

Nadine Mudry, Office de l'action, de l'insertion et de l'intégration sociale, Etat de Genève, Directrice du pôle insertion

Yves Menes, Pôle socio-éducatif, Établissements publics pour l'intégration, Chef de service

Yves Reymond, Hospice général, Action Sociale, chef de service

Loïc Stefan, Quai 9, Première Ligne, Responsable de la structure

Nicolas Stock, Argos, Toulourenc, Responsable de la structure

Richard Zalisz, Argos, Directeur

Sabine Zuliani, Argos, Toulourenc, responsable des ateliers et de l'insertion professionnelle

Annexe III : Cartographie (tableau excel)

Le tableau est présenté dans un fichier séparé afin de garantir sa lisibilité.

Annexe IV : questionnaire

Le bureau d'études evaluanda a été chargé de mener une étude sur la prise en charge des personnes souffrant d'addictions sur le territoire genevois par l'Office de l'action, de l'insertion et de l'intégration sociale (OAIS) du Département de la cohésion sociale (DCS).

Dans le cadre de cette étude, le bureau evaluanda mène une enquête auprès des personnes souffrant de d'addiction(s). Le but de cette enquête est de comprendre le parcours des personnes souffrant d'addiction(s) à Genève, les services ou institutions de prise en charge qu'elles connaissent, et leur avis sur ces lieux/endroits.

Le questionnaire **comporte 30 questions et dure environ 15-20 minutes**. Toutes les **informations récoltées sont traitées de manière confidentielle**, elles seront agrégées/mises ensemble de façon à ne pas pouvoir identifier les réponses individuelles.

Les questions sont regroupées par thèmes, le premier étant le profil de la personne interrogée, le second sera la santé, le troisième les occupations et le dernier, les structures et la prise en charge.

Données initiales sur le remplissage du questionnaire

Lieu du remplissage :

Date du remplissage :

Initiales de la personne qui fait passer le questionnaire :

Profil

M F (répondre sans poser la question à la personne)

1. Quel âge avez-vous ?

2. Avez-vous un domicile ? oui non Autre

(Laisser la personne s'exprimer par ses propres mots)

Si autre, préciser :

3. Vivez-vous en foyer ? oui non

Si autre, préciser :

4. Si vous vivez en foyer, pouvez-vous préciser depuis quand ?

5. Quelle est votre situation de séjour (permis) ? CH B C Autre situation

Si autre situation de séjour, pouvez-vous préciser ? (*Laisser la personne s'exprimer par ses propres mots*)

6. Avez-vous une famille ? oui non

(*Laisser la personne s'exprimer par ses propres mots, puis vérifier que des réponses aux questions ci-dessous soient apportées*)

7. Pouvez-vous décrire votre situation familiale ?

(*Laisser la personne s'exprimer par ses propres mots, puis ensuite, vérifier si elle a transmis les infos suivante*)

8. Avez-vous un/e partenaire ? oui non

9. Avez-vous des enfants ? oui non

Santé

10. De quel type d'addictions souffrez-vous ? (Noter le type cité, demander depuis quand et si arrêt, depuis quand, puis demander les autres possibilités ci-dessous)

LISTER Substances légales (Noter le type cité, demander depuis quand et si arrêt, depuis quand, puis demander les autres possibilités ci-dessous)

- Alcool
- Tabac
- Cannabis légal
- Cannabis thérapeutique
- Médicaments de type opiacés
- Jeux d'argent
- Autre (*préciser*) :

LISTER substances illégales (Noter le type cité, demander depuis quand et si arrêt, depuis quand, puis demander les autres possibilités ci-dessous)

- Cocaïne
- Ecstasy
- Héroïne
- LSD
- Speed et amphétamines
- Poppers
- Autre (*préciser*) :

11. Avez-vous eu des périodes d'abstinence, de quelle(s) substance(s) et de quand à quand ? (*Ne pas s'attendre à des réponses exactes mais obtenir des informations sur le type de substance(s) et les périodes d'abstinence*)

12. Vous êtes-vous soumis à un ou des traitement(s) de substitution et si oui, lesquels ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

13. De manière générale, êtes-vous suivi par un médecin / une institution de santé ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

14. Au niveau de votre état psychique, comment vous sentez-vous ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

15. Souffrez-vous de troubles ? (*santé mentale, sans mentionner le terme, laisser la personne s'exprimer librement*)

16. Avez-vous consulté quelqu'un ? Pourquoi ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

Situation financière

17. Quels sont vos moyens de subsistance ? De quoi vivez-vous ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

18. Disposez-vous d'une rente, si oui, laquelle ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

19. Avez-vous un job / emploi ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

20. Si vous n'avez pas d'emploi, quand était votre dernier emploi ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

21. Quelles autres occupations avez-vous ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

22. Si vous n'avez pas d'emploi, êtes-vous en recherche ? oui non

23. Avez-vous des problèmes financiers (poursuites, dettes, autres) ? oui non

24. Êtes-vous sous tutelle / curatelle ? oui non

25. Avez-vous été confronté à une situation de détention ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

26. Si vous avez été confronté à une situation de détention, quelles difficultés avez-vous rencontré ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

Dispositif de prise en charge

27. Spontanément, pouvez-vous me dire quelles structures vous fréquentez et pourquoi ? (*Laisser la personne s'exprimer librement*)

28. Pourriez-vous me dire les structures (c.f. question suivante) que vous connaissez et m'en dire plus sur ce qu'elles vous apportent / ce qui vous manque (*Laisser la personne s'exprimer librement et demander ce qui va / ne va pas ; ce qui aide / n'aide pas ; ce qui est apprécié / n'est pas apprécié*)

29. Pouvez-vous cocher les structures que vous connaissez ? (*Si questionnaire passé en version papier, donner la feuille à la personne et la laisser entourer les organisations*)

- EPI : Maison de l'Ancre
- Fondation Phénix
- Première ligne : Quai 9
- Argos : L'Entracte, Toulourenc
- Carrefour Addictions
- Fondation du Levant
- Fondations des Oliviers
- Café Cornavin
- L'Orangerie
- Croix Bleue
- Groupement romand d'études des addictions (GREA)
- Service de probation et d'insertion (SPI)

- Service de de protection de l'adulte (SPAd)
- Service d'application des peines et mesures (SAPEM)
- Office cantonal des assurances sociales (OCAS) pour l'assurance invalidité (AI)
- Hospice Général (HG)
- Établissements publics pour l'intégration (EPI)
- Hôpitaux universitaires genevois (HUG) : Service d'addictologie
- Hôpitaux universitaires genevois (HUG) : Service de psychiatrie
- Autre (*préciser*) :

30. Selon les différentes catégories, avez-vous des besoins auxquels les structures actuelles ne répondent pas ? Si oui, lesquels ? (*Reprendre les catégories de besoins – sanitaire, insertion sociale et insertion professionnelle, les évoquer et demander la nature des besoins et manques éventuels*)

Fin de l'entretien & conditions de récolte

Qualité des réponses (*à remplir par la personne qui a fait passer le questionnaire à la fin*) :

- Réponses de bonne qualité
- Réponses incomplètes
- Réponses peu crédibles
- Réponses peu compréhensibles
- Problèmes de langue / de communication

Langue de l'entretien :

- Français
- Anglais
- Autre (*préciser*) :

Durée de l'entretien (en minutes) :