ADDICTION | SUISSE

La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction

Conception d'un système d'indicateurs pour le Monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM)

Rapport de recherche n°131

Florian Labhart
Etienne Maffli
Luca Notari

Lausanne - Mai 2021

PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE

Remerciements

Nous remercions chaleureusement Wally Achtermann et Marc Wittwer pour les commentaires critiques et constructifs tout au long du processus d'élaboration de ce set d'indicateurs, René Knüsel et Matthias von Bergen pour les apports théoriques et les suggestions d'exploitations des données, Cédric Fazan et Patrik Dörflinger pour le partage de leurs expériences de terrain et leur engagement pour la cause des personnes touchées par des problématiques d'addiction, ainsi que Marina Delgrande Jordan pour sa guidance dans l'interprétation des données act-*info*-RESIDALC et FOS.

Citation suggérée:

Labhart F., Maffli E., & Notari L. (2021). *La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction: Conception d'un système d'indicateurs pour le Monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM)*. Rapport de recherche n°131. Lausanne: Addiction Suisse

Impressum

Renseignements:	Florian Labhart Addiction Suisse Avenue Ruchonnet 14 1003 Lausanne 021 321 29 51 flabhart@addictionsuisse.ch
Réalisation:	Addiction Suisse
Copyright:	© Addiction Suisse, Lausanne 2021
ISBN:	978-2-88183-271-0

Table des matières

Liste des Tables i

Liste des Figures ii

L'essentiel en bref v

Das Wichtigste in Kürze vii

1. Introduction 1

2. Cadre de la recherche 3

2.1 Définition de la notion de 'situation sociale' 3

2.2 Définition de la notion de « usager·ère·s à risque ou problématique » 4

2.3 Sélection des indicateurs et des sources de données (Q1 et Q2) 4

2.4 Caractéristiques des cinq indicateurs sélectionnés 5

2.4.1 Niveau de formation 5

2.4.2 Situation professionnelle et employabilité 6

2.4.3 Logement 6

2.4.4 Isolement social 7

2.4.5 Santé psychique 7

3. Propriétés des indicateurs, sources de données et populations-cibles 8

3.1 Composition des indicateurs 8

3.1.1 Niveau de formation 8

3.1.2 Employabilité 8

3.1.3 Situation de logement 9

3.1.4 Isolement social 9

3.1.5 Santé psychique : auto-dévalorisation 10

3.2 Sources de données quantitatives 10

3.2.1 Enquête Suisse sur la Santé (ESS) 11

3.2.2 Statistiques des traitements spécialisés ambulatoires 11

3.2.3 Statistiques des traitements spécialisés résidentiels 12

3.2.4 Enquête Public Spaces 12

3.2.5 Remarques sur la couverture et le chevauchement des enquêtes 13

3.3 Identification des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard 13

3.3.1 Principes généraux 14

3.3.2 Particularité : alcool 14

3.3.3 Particularité : jeu de hasard et d'argent 15

4. Analyse comparée de l'ensemble des données 16

4.1 Approche analytique 17

4.1.1 Identification des résultats saillants en 2017 17

4.1.2 Tendances de 2007 à 2017 18

4.2 Résultats 19
4.2.1 Niveau de formation 19
4.2.2 Employabilité 23
4.2.3 Situation de logement 27
4.2.4 Isolement social 30
4.2.5 Santé psychique : auto-dévalorisation 32

5. Synthèse des résultats et tendances 35
5.1 Identification des sources de données pertinentes 35
5.2 Méthodologie d'agrégation 36
5.3 Approfondissements avec deux experts de terrain 36
5.4 Résultats 37
5.4.1 Niveau de formation 37
5.4.2 Employabilité 39
5.4.3 Sitution de logement 41
5.4.4 Isolement social 43
5.4.5 Santé psychique : auto-dévalorisation 45

6. Discussion 47

7. Bibliographie 50

8. Annexes 53
8.1 Tables 53
8.2 Figures 67

Liste des Tables

Table A1: Modalités de questions relative au sentiment d'auto-dévalorisation 53

Table A2: Description des enquêtes, types d'échantillonnage et degré de couverture 53

Table A3: Coefficients de pondération permettant d'extrapoler le nombre d'admissions documentées par act-info, selon le type de problème principal, à l'ensemble des institutions spécialisées 54

Table A4: Variables utilisées pour constituer chaque indicateur, selon l'enquête et l'année 55

Table A5: Données de la Figure 2: Niveau de formation des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008) 56

Table A6: Données de la Figure 5: Employabilité des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008) 57

Table A7: Données de la Figure 8 : Situation de logement des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (act-info 2017, Public Spaces 2008) 58

Table A8: Données de la Figure 11 : Isolement social des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008) 59

Table A9: Données de la Figure 13 : Sentiment d'auto-dévalorisation parmi les usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008) 60

Table A10: Niveau de formation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017) 61

Table A11: Employabilité dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017) 62

Table A11 (suite): Employabilité dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017) 63

Table A12: Situation de logement dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (act-info 2017) 64

Table A13: Isolement social dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017) 65

Table A14: Sentiment d'auto-dévalorisation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017) 66

Liste des Figures

Figure 1: Représentation schématique du processus de comparaison des résultats par type de population, substances et indicateurs, et apports des experts.....16

Figure 2: Niveau de formation dans la population générale et parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008).....20

Figure 3: Niveau de formation parmi les personnes avec consommation d'alcool à risque ou problématique (ESS & act-info ; 2007-2017).....21

Figure 4: Niveau de formation parmi les personnes avec usage de tabac à risque ou problématique (ESS & act-info ; 2007-2017).....22

Figure 5: Situation d'employabilité des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008).....24

Figure 6: Employabilité des personnes avec consommation à risque ou problématique d'alcool (ESS & act-info ; 2007-2017) 25

Figure 7: Employabilité des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (ESS & act-info ; 2007-2017).....26

Figure 8: Situation de logement des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (act-info 2017, Public Spaces 2008) 28

Figure 9: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique de tabac (act-info 2007-2017).....29

Figure 10: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017) 30

Figure 11: Part d'usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard en situation d'isolement social, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008) 31

Figure 12: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (ESS & act-info ; 2007-2017).....32

Figure 13: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008) 33

Figure 14: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique d'alcool (ESS & act-info ; 2007-2017).....34

Figure 15: Niveau de formation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS 2017, act-info 2017) 37

Figure 16: Employabilité dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (2017).....40

Figure 17 Situation de logement dans la population générale (estimation) et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS 2017, act-info 2017) 42

Figure 18: Situation d'isolement dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS 2017, act-info 2017) 44

Figure 19: Sentiment d'auto-dévalorisation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS 2017, act-info 2017).....45

Figure A1: Niveau de formation des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (ESS & act-info ; 2007-2017) 67

Figure A2: Niveau de formation des personnes avec usage problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017) 67

Figure A3: Niveau de formation des personnes avec usage problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017) 68

Figure A4: Employabilité des personnes avec usage à risque ou problématique de tabac (ESS & act-info ; 2007-2017) 68

Figure A5: Employabilité des personnes avec usage problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017) 69

Figure A6: Employabilité des personnes avec usage problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017) 69

Figure A7: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique d'alcool (act-info 2007-2017) 70

Figure A8: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (act-info 2007-2017) 70

Figure A9: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017).....71

Figure A10: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique d'alcool (ESS & act-info ; 2007-2017).....71

Figure A11: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique d'alcool (ESS & act-info ; 2007-2017).....72

Figure A12: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017).....72

Figure A13: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017) 73

Figure A14: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique de tabac (ESS & act-info ; 2007-2017) 73

Figure A15: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (ESS & act-info ; 2007-2017).....74

Figure A16: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017).....74

Figure A17: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017) 75

Figure A18: Niveau de formation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS & act-info ; 2007-2017) 75

Figure A19: Employabilité dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS & act-info ; 2007-2017) 76

Figure A20: Situation de logement parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (act-info 2007-2017) 76

Figure A21: Situation d'isolement social dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS & act-info ; 2007-2017) 77

Figure A22: Sentiment d'auto-dévalorisation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS & act-info ; 2007-2017) 77

L’essentiel en bref

Cadre et but du projet	Développer les bases scientifiques pour identifier et quantifier, sur la base d’enquêtes existantes, différents indicateurs de la situation sociale des personnes touchées par une problématique d’addiction. Développer une méthodologie de calcul permettant de représenter de manière synthétique la situation sociale des personnes concernées, en vue d’intégrer ces indicateurs dans le Monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM).
Indicateurs de la situation sociale	• Niveau de formation • Employabilité • Situation de logement • Isolement social • Auto-dévalorisation
Substances et comportements	• Alcool • Tabac • Cannabis • Jeu de hasard et d’argent • Cocaïne et dérivés • Opioïdes
Populations-cibles	Les personnes ayant un usage « à risque » (c’est-à-dire dépassant un seuil reconnu comme augmentant significativement le risque de conséquences physiques, psychiques ou sociales) ou un usage « problématique » de substances ou de jeu de hasard (c’est-à-dire reconnu comme entravant la personne concernée dans sa vie quotidienne et conduisant à une demande de prise en charge).
Sources de données	Quatre enquêtes reflétant différentes facettes de la situation sociale des personnes concernées, en fonction de la sévérité de leurs problématiques d’addiction et/ou de marginalisation sociale: • Enquête Suisse sur la Santé: échantillon représentatif de la population générale non à risque et à risque • Monitorage act-*info*: admissions en traitement spécialisé ambulatoire • Monitorage act-*info*: admissions en traitement spécialisé résidentiel • Enquête « Public Spaces »: échantillon de personnes marginalisées
Années d’enquêtes	2007, 2012 et 2017
Etapes d’analyses	1. Croisement des résultats par source de données et substance pour identifier les points communs et différences entres les sources, séparément pour chaque indicateur. 2. Développement d’une méthodologie de d’agrégation et de synthèse des résultats pour le MonAM. 3. Comparaison des résultats synthétisés avec ceux de la population générale pour identifier les caractéristiques spécifiques de la situation sociale des personnes concernées.
Méthode d’agrégation	Pondération des différentes statistiques des secteurs ambulatoire et résidentiel act-*info.* Les résultats montrent que la combinaison des deux sources permet de quantifier, de la manière la plus pertinente et significative possible, les cinq indicateurs de la situation sociale des personnes concernées.

Plus haut niveau de formation achevée	Les personnes avec une formation élémentaire ou de niveau secondaire professionnel (apprentissage) sont plus concernées par un usage problématique de substance ou de jeu de hasard que les autres niveaux de formation. Ainsi, les personnes n'ayant fini que l'école obligatoire y sont entre 1.4 à 4.1 fois plus nombreuses que dans la population générale (hormis pour l'alcool). Par ailleurs, les personnes au bénéfice d'un apprentissage y sont entre 1.2 à 1.8 fois plus nombreuses que dans la population générale (hormis pour cannabis). Entre 2007 et 2017, on observe un renforcement de la part de personnes au bénéfice d'un apprentissage parmi les usager·ère·s problématique de substance ou de jeu de hasard en comparaison de la population générale.
Employabilité	Les usager·ère·s à risque ou problématiques de substance ou de jeu de hasard sont surreprésentés dans les situations de travail instable ou évoluant en marge du monde du travail. En comparaison de la population générale, ils sont 2 à 6 fois plus nombreux (selon la substance) en recherche d'emploi, 6 à 28 fois plus nombreux à l'aide sociale et 3 à 11 fois plus nombreux à l'assurance invalidité/maladie. Entre 2007 et 2017, on observe une diminution générale de la part de personnes en emploi pour la plupart des substances. Par ailleurs, on observe une nette augmentation de la part des personnes à l'aide sociale, pour toutes les substances ou comportements analysés.
Situation de logement	Les usager·ère·s à risque ou problématiques de substance ou de jeu de hasard sont surreprésentés dans les situations de logement instable ou en institution. Ainsi, la part de ceux vivant en situation de logement instable (entre 2.2% et 8.7% selon la substance) et en institution (entre 4.8% et 30.1%) sont nettement plus élevés que dans la population générale (estimations respectives: 0.1% et 2.0%). Entre 2007 et 2017, on observe une diminution de la part de personnes en situation de vie stable, une augmentation de la part de personnes résidant en institutions et de faibles variations au niveau de la part de personnes situation de vie instable, et ce pour toutes les substances, à l'exception du jeu de hasard. Pour le jeu de hasard, la part des personnes vivant en situation de logement instable a fortement augmenté (0.7% à 6.1%).
Isolement social	Les usager·ère·s à risque ou problématiques d'alcool, de tabac, d'opioïdes et de cocaïne sont entre 2 et 3 fois plus nombreux à vivre en situation d'isolement social que la population générale. Entre 2007 et 2017, on observe des évolutions similaires pour la majorité des substances (hormis le tabac et le jeu), à savoir une augmentation lente mais continue de la part de personnes en situation d'isolement social.
Santé psychiques: auto-dévalorisation	En comparaison de la population générale en 2017, on observe des parts nettement plus élevées de personnes souffrant d'auto-dévalorisation (1.5 à 2.3 fois plus) pour l'ensemble des substances et comportements. Au niveau des tendances, on observe une augmentation plus soutenue de la part des personnes souffrant d'auto-dévalorisation parmi les usager·ère·s problématiques de cannabis (+11.2 points de pourcentage), de cocaïne et dérivés(+7.5 points de %) et d'opioïdes (+8.0 points de %) que dans la population générale (+4.1 points de %).

Das Wichtigste in Kürze

Rahmen und Ziel des Projekts	Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen, um auf der Basis vorhandener Erhebungen verschiedene Indikatoren für die soziale Lage von Menschen mit einer Suchtproblematik zu identifizieren und zu quantifizieren. Entwicklung einer Berechnungsmethodik, die es erlaubt, die soziale Situation der betroffenen Personen bestmöglich und zusammenfassend darzustellen, im Hinblick auf die Integration in das Schweize Monitoring-System Sucht und nicht übertragbaren Krankheiten (MonAM).
Indikatoren der sozialen Situation	• Bildungsstand • Beschäftigungsfähigkeit • Wohnsituation • Soziale Isolation • Selbstabwertung
Substanzen und Verhaltensweisen	• Alkohol • Tabak • Cannabis • Glücksspiel • Kokain und seine Derivate • Opioide
Zielgruppen	Personen mit "riskantem" Konsum (d. h. Überschreitung eines Schwellenwerts, der als signifikante Erhöhung des Risikos körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen anerkannt ist) oder "problematischem" Konsum von Substanzen oder Glücksspiel (d. h. von der Person als in ihrem täglichen Leben behindernd erkannt und zu einem Antrag auf Behandlung führend).
Datenquellen	Vier Erhebungen, die unterschiedliche Facetten der sozialen Situation der Betroffenen widerspiegeln, je nach Schwere ihrer Abhängigkeitsprobleme und/oder sozialen Ausgrenzung: • Schweizerische Gesundheitsbefragung: repräsentative Stichprobe der Allgemeinbevölkerung ohne Risiko und mit Risiko • act-info Monitoring: Aufnahmen in spezialisierte ambulante Behandlung • act-info Monitoring: Einweisungen in spezialisierte stationäre Behandlung • Umfrage "Public Spaces": Stichprobe von marginalisierten Personen
Erhebungsjahre	2007, 2012 und 2017
Analyseschritte	1. Aufstellung der Ergebnisse nach Datenquelle und Substanz zur Ermittlung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Quellen, getrennt nach Indikatoren. 2. Entwicklung einer Methodik zur Aggregation der Ergebnisse, um diese für das MonAM zu synthetisieren. 3. Vergleich der Syntheseergebnisse mit denen der Allgemeinbevölkerung, um die spezifischen Merkmale der Situation der betroffenen Personen zu identifizieren
Aggregationsmethode	Gewichtung der verschiedenen Statistiken aus den Bereichen act-*info* ambulant und stationär. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kombination der beiden Quellen eine bestmögliche Quantifizierung der verschiedenen Indikatoren für die soziale Lage der betroffenen Personen ermöglicht.

Höchster abgeschlossener Ausbildungsgrad	Personen mit einer elementaren Schulbildung oder einer sekundären Berufsausbildung (Lehre) sind eher von einem problematischen Substanzkonsum oder Glücksspiel betroffen als Personen mit anderen Bildungsniveaus. Der Anteil der Personen, die nur einen Pflichtschulabschluss haben, ist 1,4- bis 4,1-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (ausser bei Alkohol). Menschen mit einer Lehre sind 1,2- bis 1,8-mal so häufig wie in der Allgemeinbevölkerung (ausser bei Cannabis). Zwischen 2007 und 2017 ist der Anteil der Personen mit einer Lehre unter den problematischen Substanz- oder Glücksspielkonsumenten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gestiegen.
Beschäftigungsfähigkeit	Risikoreich oder problematisch Substanz- oder Glücksspielkonsumierende sind in instabilen Arbeitssituationen oder ausserhalb des Arbeitsmarktes überrepräsentiert. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Arbeit suchen, 2 bis 6 Mal höher (je nach Substanz), die Wahrscheinlichkeit, dass sie Sozialhilfe beziehen, 6 bis 28 Mal höher und die Wahrscheinlichkeit, dass sie arbeitsunfähig sind oder von der Kranken- oder Invalidenversicherung leben sind, 3 bis 11 Mal höher. Zwischen 2007 und 2017 ist der Anteil der Erwerbstätigen bei den meisten Substanzen insgesamt gesunken. Auf der anderen Seite gab es bei allen analysierten Substanzen oder Verhaltensweisen einen deutlichen Anstieg des Anteils der Personen, die Sozialhilfe beziehen.
Wohnsituation	Risikoreich oder problematisch Substanzgebrauchende sind in instabilen Wohnsituationen oder in Einrichtungen überrepräsentiert. Der Anteil derjenigen, die in instabilen Wohnverhältnissen (zwischen 2,2 % und 8,7 %, je nach Substanz) und in Einrichtungen (zwischen 4,8 % und 30,1 %) leben, ist deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (schätzungsweise 0,1 % bzw. 2,0 %) Zwischen 2007 und 2017 gab es einen Rückgang des Anteils von Personen in einer stabilen Lebenssituation, einen Anstieg des Anteils von Menschen, die in Einrichtungen leben, und geringe Schwankungen des Anteils von Menschen in einer instabilen Lebenssituation, für alle Substanzen ausser Glücksspiel. Beim Glücksspiel ist der Anteil der Menschen, die in einer instabilen Wohnsituation leben, massiv gestiegen (von 0,7 % auf 6,1 %).
Soziale Isolation	Bei risikoreich oder problematisch Substanzgebrauchenden von Alkohol, Tabak, Opioiden und Kokain ist die Wahrscheinlichkeit, sozial isoliert zu sein, zwei- bis dreimal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Zwischen 2007 und 2017 sind für die meisten Substanzen (mit Ausnahme von Tabak und Glücksspiel) ähnliche Trends zu beobachten, nämlich ein langsamer, aber kontinuierlicher Anstieg des Anteils von Personen in sozialer Isolation.
Psychische Gesundheit: Selbstabwertung	Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gibt es 2017 bei allen Substanzen und Verhaltensweisen deutlich höhere Anteile von Personen, die unter Selbstabwertung leiden (1,5 bis 2,3 Mal höher). Was die Trends betrifft, so ist der Anteil der Personen, die unter Selbstabwertung leiden, bei den problematischen Konsumenten von Cannabis (+11,2 Prozentpunkte), Kokain (+7,5 Prozentpunkte) und Opioiden (+8,0 Prozentpunkte) deutlicher gestiegen als in der Allgemeinbevölkerung (+4,1 Prozentpunkte).

1. Introduction

Un des objectifs fondamentaux de la stratégie nationale Addictions « consiste à rétablir la santé des personnes concernées [par un problème d'addiction] tout en veillant à leur insertion ou réinsertion sociale » (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2015, p. 41). Afin de pouvoir suivre l'impact des mesures prises pour atteindre les objectifs fixés dans les divers domaines de la santé, dont celui des addictions, une série d'indicateurs ont été élaborés sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Jäggi et al., 2015). Leur mise en œuvre est effectuée dans le cadre du Système de monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM). A l'heure actuelle, 105 des 115 indicateurs prévus pour cette surveillance dans sont déjà opérationnels (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2021).

Le présent projet vient s'inscrire dans cet effort de mise en place d'indicateurs. Il vise à développer des bases scientifiques et une méthodologie de calcul pour opérationnaliser l'indicateur 32, portant sur la situation sociale des personnes touchées par des problèmes d'addiction (« soziale Situation von Suchtbetroffenen » Jäggi et al., 2015). Grâce à l'exploitation de sources de données existantes, telles que l'Enquête Suisse sur la Santé et le monitorage act-*info*, cet indicateur doit permettre de mesurer, de manière quantitative, différentes dimensions de la situation sociale des personnes concernées par un problème d'addiction et de suivre leur évolution au cours du temps.

Le projet a été réalisé de manière itérative, c'est-à-dire en suivant plusieurs étapes successives, car il comporte un nombre conséquent de défis.
Premièrement, la notion de « situation sociale » est un objet sociologique complexe qui comprend de multiples sous-dimensions relatives notamment à la situation de logement, la situation professionnelle et la participation sociale en général. Il est nécessaire de définir quels indicateurs sont pertinents pour les populations ciblées et sont quantifiables sur la base des sources de données à disposition.
Deuxièmement, la dénomination de « Suchtbetroffene » est plutôt vague. Il est ainsi nécessaire de définir précisément la population-cible en vue des analyses quantitatives, et ce pour chaque substance ou comportement addictif étudié.
Troisièmement, il n'existe pas de source de données de portée nationale ciblant spécifiquement, ou comportant un module de questions spécifiques, sur la situation sociale des personnes concernées par un problème d'addiction. Il s'agit ainsi de réaliser des analyses secondaires sur des bases de données qui possèdent certaines limitations intrinsèques.
Finalement, l'analyse comparée de plusieurs indicateurs de la situation sociale, sur la base de plusieurs sources de données, pour plusieurs types de substances et sur plusieurs années, produit une pléthore de résultats. Il est ainsi nécessaire d'identifier quelle ou quelles source(s) de données fournissent les résultats les plus représentatifs de la réalité, mais aussi de la diversité et des nuances de la situation sociale des personnes concernées.

Le projet poursuit ainsi deux buts principaux, à savoir :
1) développer les bases scientifiques nécessaires pour identifier et quantifier, sur la base d'enquêtes existantes, différents indicateurs de la situation sociale des personnes touchées par un problème d'addiction ;
2) développer une méthodologie de calcul permettant de représenter au mieux, et de manière synthétique, la situation sociale des personnes concernées en vue de son intégration dans le Monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM).

Il est structuré autour des cinq questions de recherche suivantes :

Q1: Quels indicateurs représentent des composantes pertinentes spécifiques à la situation sociale des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard ?

Q2: Quelles sources de données existantes permettent de quantifier la situation sociale des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard ?

Q3: Sur la base de l'ensemble des données à disposition, quel est l'état de la situation sociale des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard en 2017 ?

Q4: Sur la base de l'ensemble des données à disposition, comment les indicateurs ont-ils évolué entre 2007 et 2017 ?

Q5: En vue de son intégration dans le MonAM, quelle source de donnée ou combinaison de sources de données, et quelle méthode de calcul permettent de représenter de manière synthétique la situation sociale des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard ?

La conception des indicateurs et la sélection des enquêtes a été réalisée grâce aux apports théoriques des professeurs René Knüsel (Université de Lausanne) et Matthias von Bergen (Haute école spécialisée bernoise). Par ailleurs, les résultats saillants ont été présentés dans le cadre d'un entretien semi-directif à deux intervenants de terrain expérimentés, actifs dans les domaines de traitement ambulatoire et résidentiel (Cédric Fazan, directeur du Tremplin à Fribourg, et Patrik Dörflinger, responsable du conseil en addictions de la Fachstelle für Gesundheitsförderung, Prävention und Suchtberatung à Schaffhouse) afin de confronter les résultats à leurs expériences au quotidien et d'élaborer des pistes explicatives.

Le présent rapport est structuré en cinq parties.
Le Chapitre 2 s'intéresse aux questions de recherche 1 et 2 et présente le processus de définition des notions-clé, de sélection des indicateurs et des enquêtes.
Le Chapitre 3 présente en détail les indicateurs, enquêtes, substances et comportements addictifs en vue de leur analyses dans les chapitres suivants.
Le Chapitre 4 présente les résultats de l'ensemble des sources de données, pour l'année de référence 2017, ainsi que depuis 2017.
Le Chapitre 5 présente la méthodologie de synthétisation des résultats en vue de leur intégration dans le MonAM, les résultats synthétiques obtenus, ainsi que les mises en perspective par les intervenants de terrains.
Le Chapitre 6 conclut le rapport en discutant les résultats principaux et met en évidence leurs implications en termes scientifiques et de politiques sociales.

2. Cadre de la recherche

2.1 Définition de la notion de 'situation sociale'

La situation sociale d'une personne est définie par l'ensemble des conditions matérielles et morales qui reflètent la position que cette personne occupe dans la société – au sens de communauté d'individus – dans laquelle elle évolue (United Nations, 2003). Le concept de situation sociale, en tant qu'objet de recherche, comprend ainsi de nombreuses composantes, telles que l'emploi, l'autonomie financière, la situation de logement, ou l'état de santé, qui témoignent des conditions de vie, de la qualité de vie, et des possibilités de développement au sein de la société.

Bien qu'elle reflète des caractéristiques individuelles, la situation sociale d'une personne est largement conditionnée par l'environnement dans lequel elle vit (p.ex. taux de chômage, politique d'aide sociale, accessibilité aux services de santé et à l'éducation). Ainsi, les caractéristiques de la situation sociale d'une personne ou d'un groupe de personnes et les problématiques qui lui sont liées ne peuvent être pleinement appréciées qu'en les comparant à celles d'autres personnes vivant dans le même environnement. Par ailleurs, ces caractéristiques sont susceptibles d'évoluer dans le temps, tant au niveau individuel que collectif.

Différentes approches théoriques et pratiques ont été développées en sciences sociales pour décrire et mesurer la situation sociale de différents groupes ou populations, mais aucune ne s'est spécifiquement penchée sur celle des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard. A défaut, les approches émergeant de la recherche sur la pauvreté (Schuwey & Knöpfel, 2014) apparaissent comme étant les plus pertinentes pour mesurer la situation sociale de ces personnes en Suisse.

L'approche théorique la plus applicable au présent projet vise à décrire et mesurer la situation de *pauvreté relative* des personnes, sur la base d'indicateurs évaluant de nombreuses dimensions de leur situation de vie. Ces indicateurs incluent l'état nutritionnel, la quantité de l'habillement, la situation et le cadre de vie, l'état de santé, la protection contre la maladie (accès aux établissements de santé et prise en charge des frais d'utilisation), l'accès à un emploi avec des conditions de travail acceptables ou à autres possibilités de revenus, l'accès à la propriété, le niveau de formation, la disponibilité des moyens de communication et de transport, la participation aux processus sociaux et politiques, la participation aux activités culturelles, la protection contre la criminalité, la protection et l'existence juridique (Hauser, 2008; Lessmann, 2007).

En revanche, les approches moins généralistes, notamment celles focalisées sur les ressources financières (p. ex. taux de ménages en dessous du minimum vital, risque de pauvreté, niveau de réserves financières, le taux de non-perception de l'aide sociale; Fluder et al., 2020) ou sur la capacité des individus à agir et à orienter leur existence dans la société qui les entoure (Jacquet et al., 2004; Sen, 2000), semblent trop spécifiques pour ce projet, car les problèmes d'addiction n'impactent pas uniquement la situation financière ou la capacité d'auto-détermination des personnes concernées.

Plusieurs modèles ont repris divers éléments des approches ci-dessus en vue de mesurer concrètement différentes caractéristiques de la situation et du degré d'intégration sociale d'une personne. On peut notamment mentionner 1) le modèle général du travail social, qui évalue les champs de tension entre l'individu, en tant qu'être bio-psycho-social compétent pour créer les conditions de vie nécessaires pour répondre à ses besoins, et différents domaines d'intégration au sein de la société plus large, telles que la famille, le logement, le réseau social étendu et les réseaux de soutien (Sommerfeld et al., 2011) ; ainsi que 2) le « test d'intégration » de Caritas, qui mesure notamment la situation de logement, l'état de santé et de bien-être, l'intégration professionnelle, ou le niveau de formation (Caritas, 2009).

Sur la base de ces travaux, un consensus semble se dégager sur l'importance de plusieurs composantes-clé de la situation sociale des personnes potentiellement précarisées, que sont la formation, l'emploi, la situation de logement, le réseau social (familial ou élargi), l'état de santé, ainsi que la participation à des activités sociales et culturelles.

2.2 Définition de la notion de « usager·ère·s à risque ou problématique »

Le présent projet avait comme cahier des charges initial de définir et mesurer la situation sociale des « toxicomanes», ou « Suchtbetroffene » dans l'appellation d'origine en allemand (Jäggi et al., 2015). Cette dénomination quelque peu vague laisse une grande marge d'interprétation quant à la sévérité des problématiques d'usage de substances et de désaffiliation sociale, mais suggère malgré tout qu'il s'agit de personnes avec des problématiques sévères et socialement invalidantes.

Au cours des discussions préparatoires avec des experts académiques et les représentant·e·s de l'Office Fédéral de la Santé Publique (voir chapitre 2.4), il est apparu que le projet ne devait pas se focaliser uniquement sur les usager·ère·s avec des problématiques aiguës, mais intégrer des populations plus larges et répondant à des critères mesurables, soit sur la base d'un usage dit « à risque » (c.-à-d. dépassant un seuil reconnu comme augmentant significativement le risque de conséquences physiques, psychiques ou sociales) ou un usage dit « problématique » (c.-à-d. reconnu par la personne comme l'entravant dans sa vie quotidienne). Dans la réalité, les deux définitions se recouvrent partiellement, l'usage dit « problématique » étant inclus dans l'usage dit « à risque », bien qu'elles soient mesurées de manière différentes dans les enquêtes.

La dénomination d'« usager·ère·s à risque ou problématique » regroupe ainsi un large spectre de personnes, qui ont toutes la particularité de faire usage d'une ou plusieurs substances psychoactives ou de jeu de hasard à une intensité considérée comme étant à risque ou problématique pour leur santé et pour leur capacité à évoluer de manière automne. Ces personnes sont ainsi susceptibles de présenter des caractéristiques différentes du reste de la population générale, que ce soit au niveau de la situation d'emploi, de logement ou de santé psychique et somatique, mais aussi entre elles en fonction de la sévérité de leurs problématiques de consommation de substance ou de jeu de hasard et de marginalisation sociale.

2.3 Sélection des indicateurs et des sources de données (Q1 et Q2)

En l'absence d'approches théorique ou pratique ciblant spécifiquement la situation sociale des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, ce projet a pour but (question de recherche Q1) l'identification de composantes pertinentes pour ces populations et leur opérationnalisation en des indicateurs quantifiables et mesurables. Cette étape préliminaire a été réalisées avec le concours de deux experts académiques en politiques et actions sociales, les professeurs René Knüsel de l'Université de Lausanne et Matthias von Bergen de la Haute école spécialisée bernoise.

En parallèle, ce projet a pour but (question de recherche Q2) d'identifier les sources des données susceptibles d'offrir des éclairages variés et complémentaires sur la situation sociale des personnes concernées. En effet, il n'existe pas en Suisse de système de monitorage ou d'enquête permettant de rendre compte de manière ciblée de la situation sociale de ces personnes. Cependant, deux enquêtes d'envergure nationale, l'Enquête Suisse sur la Santé et le monitorage act-*info*, proposent une large palette de données relatives à l'environnement social et démographique des répondants et à leur usage de substances ou de jeu de hasard.
L'Enquête Suisse sur la Santé (présentée en détail au Chapitre 3.2.1) a l'avantage de proposer un échantillon représentatif de la population générale en Suisse. Elle permet ainsi de comparer les résultats des groupes à risque au reste de la population non à risque.

Le monitorage act-*info* (présenté en détail aux Chapitres 3.2.2 et 3.2.3) recense les admissions en traitement ambulatoire ou résidentiel spécialisé pour un usage problématique de substance ou de jeu de hasard. Il permet de rendre compte de la situation sociale de personnes suffisamment impactées par un usage problématique de substance ou de jeu de hasard pour qu'elles entrent dans une démarche de traitement.
Par ailleurs, une troisième enquête, Public Spaces, conduite auprès des populations marginalisées dans plusieurs villes suisses (présentée en détail au Chapitre 3.2.4), a été choisie pour représenter les usager·ère·s de substances les plus précarisés et qui n'ont pas entamé de démarche de traitement.
Au final, ces différentes enquêtes présentent ainsi une sorte de continuum reflétant les différentes facettes de la situation sociale des usager·ère·s de substance psychoactives ou de jeu de hasard en fonction de la sévérité de leurs problématiques d'addiction et/ou de marginalisation sociale.

Il est toutefois important de noter qu'aucune de ces enquêtes n'a pour but d'éclairer la situation sociale des usager·ère·s à risque de substances psychoactives ou de jeu de hasard de manière ciblée. L'opérationnalisation des composantes de la situation sociale en indicateurs mesurables était ainsi contrainte par un choix limité de variables communes aux différentes enquêtes. La sélection des indicateurs, présentés ci-après, est donc le résultat de choix pragmatiques visant à exploiter au mieux les données à disposition en fonction des particularités de chaque source de données, telles que les modalités d'échantillonnage et le contenu des questionnaires.

Sur la base d'un consensus entre les deux experts académiques, l'équipe de recherche d'Addiction Suisse et les responsables du projet auprès de l'Office Fédéral de la Santé Publique, le présent rapport explore cinq indicateurs de la situation sociale, à savoir : a) le niveau de formation, b) la situation professionnelle au sens large, c) la situation de logement, d) le degré d'isolement social et e) une composante de santé psychique (l'auto-dévalorisation). Ces indicateurs ont été retenus car ils s'appliquent autant aux personnes de la population générale qu'aux personnes dépendantes suivant un traitement spécialisé ou marginalisées. D'un point de vue conceptuel, ces indicateurs sont partiellement liés entre eux (p. ex. un revenu fixe améliore la capacité d'avoir un logement stable et un bon état de santé), mais chacun garde des spécificités propres, raison pour laquelle ils sont présentés séparément.

Comme mentionné au chapitre précédent, plusieurs autres indicateurs auraient mérité une analyse approfondie, notamment l'état de santé somatique (physique), le niveau de revenu ou l'existence de personnes-ressources en cas de besoin. Toutefois, ces composantes n'ont pas pu être retenues car de telles données n'étaient pas collectées par l'ensemble des enquêtes sélectionnées ou les modalités de questions n'étaient pas compatibles.

2.4 Caractéristiques des cinq indicateurs sélectionnés

2.4.1 Niveau de formation

Le niveau de formation professionnelle est une caractéristique déterminante de la situation sociale d'une personne car, dans un monde professionnel où l'accès à un emploi est conditionné par les diplômes et certifications obtenus, un faible niveau de formation restreint dans une large mesure l'accès à l'emploi qualifié, stable et décemment rémunéré. A l'inverse, un niveau de formation supérieur permet de meilleures perspectives professionnelles, de meilleures opportunités de revenus ou encore l'obtention d'un travail plus satisfaisant et moins dangereux (Bachmann et al., 2015). Par ailleurs, le niveau d'éducation influe sur les compétences en matière de santé (comportement de santé et connaissances sur la santé) qui se traduit par une meilleure capacité à trouver son chemin dans le système de santé pour les personnes avec un niveau de formation supérieur (Stamm & Lamprecht, 2008)

En ce qui concerne les usages à risque de substances psychotropes, un faible niveau de formation professionnelle peut à la fois favoriser le développement d'une addiction ou en être une conséquence. Par exemple, l'usage d'alcool ou de cannabis durant l'adolescence peut interférer avec le développement cognitif et neuronal des adolescent·e·s et ainsi ralentir, voire empêcher, l'accomplissement de formations de niveau secondaire (Scott et al., 2018). Par ailleurs, les personnes avec un niveau de formation élémentaire sont proportionnellement plus nombreuses à développer des comportements de jeu à risque ou pathologiques que les personnes avec un niveau de formation supérieur (Dey & Haug, 2019).

2.4.2 Situation professionnelle et employabilité

La situation professionnelle, et d'une manière plus large la provenance du revenu, est une dimension centrale de la situation sociale d'une personne car elle conditionne la capacité financière à subvenir à ses propres besoins, mais aussi à contribuer aux dépenses de la collectivité. L'emploi présuppose un cadre stable de rémunération et offre une idée de l'autonomie matérielle des personnes concernées. Par ailleurs, l'activité professionnelle est une sphère d'intégration importante au niveau social, identitaire et légal (Garner et al., 2006).

Avec un peu moins de deux tiers de la population générale suisse de 15 ans et plus qui est en emploi, l'activité professionnelle rémunérée est la norme (Office fédéral de la statistique (OFS), 2020b). Toutefois, cette réalité a comme corollaire le fait que près d'un tiers de la population n'a pas d'activité professionnelle rémunérée et est potentiellement plus vulnérable. En particulier, les personnes en recherche d'emploi, en formation, en incapacité de travail ou à l'aide sociale ne bénéficient donc pas des mêmes avantages matériels, sociaux, identitaires et légaux que les personnes en emploi. Afin de rendre compte de la situation sociale des personnes dépendantes, en lien avec la situation professionnelle, il est ainsi important de ne pas considérer uniquement la population en emploi, mais aussi (et surtout) toutes celles et ceux qui ne sont justement pas en emploi.

De précédentes recherches ont montré de nombreux liens entre différentes situations professionnelles (de l'emploi à plein temps jusqu'à l'absence totale d'activité professionnelle rémunérée) et l'usage de substances psychotrope. On constate par exemple que la prévalence d'usage de tabac est la plus élevée parmi les personnes adultes sans emploi et les personnes employées à plein temps que dans les autres catégories d'activité (Gmel et al., 2017). Par ailleurs, le taux de bénéficiaires de l'aide sociale ou assurance invalidité est particulièrement élevée parmi les personnes marginalisées consommant fréquemment de la cocaïne ou de l'héroïne (Schnoz et al., 2009).

2.4.3 Logement

En Suisse, une très large majorité des personnes bénéficie d'une situation de logement stable, en tant que propriétaires ou locataires d'un logement à titre exclusif (Ruch et al., 2015). Le logement est ainsi une donnée essentielle puisqu'il est souvent fondateur de l'ouverture à des formes de reconnaissance sociétale et à certains droits. Avoir une situation de logement stable favorise notamment la maîtrise de son emploi du temps (p.ex. liberté de mouvements), de son alimentation (p.ex. possibilité de choisir ses aliments, préparer des repas, faire des réserves), de son hygiène (p.ex. accès à une douche chaude quotidienne, mobilier pour ranger ses habits), de ses contacts sociaux (p.ex. possibilité de recevoir chez soi), ou encore des démarches administrative (p.ex. adresse de domiciliation, ordinateur personnel).

A l'inverse, l'absence de logement stable (p.ex. logement provisoire chez un proche, foyer d'accueil, institution de soin, institution bas-seuil, rue, prison; FEANTS, 2007) réduit fortement l'indépendance et la capacité d'auto-détermination d'un individu dans de nombreux domaines de sa vie, notamment ceux cités ci-dessus.

En ce qui concerne les usages à risque de substances psychotropes ou de jeu de hasard, l'absence de logement stable peut à la fois favoriser le développement d'une addiction ou en être une conséquence. En particulier, la poursuite d'un traitement résidentiel implique que la personne quitte sa situation de logement précédente pour intégrer les murs (et les règles) de l'institution de soins. Il en est de même pour une personne séjournant en prison. Par ailleurs, une vaste littérature a montré de nombreux liens entre l'absence de logement stable et une prévalence élevée de consommation de substances et de jeu de hasard (Drilling et al., 2020; Gmel et al., 2018; Grazioli et al., 2017; Lauber et al., 2005; Stoop & Herrmann, 2019). L'accès au logement stable est d'ailleurs une cible prioritaire de la politique des quatre piliers pour donner des conditions de vie favorables à une baisse de la consommation et à des pratiques de consommation à moindre risque (Gervasoni & Dubois-Arber, 2009; Kübler & Widmer, 2003; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2015).

2.4.4 Isolement social

L'intégration sociale au travers de réseaux de contacts sociaux est une ressource centrale pour le bien-être et la santé. Les personnes qui peuvent compter sur un bon réseau social et suffisamment de soutien ou qui se sentent rarement seules sont généralement en meilleure santé physique et psychique que les personnes qui souffrent d'isolement social (Bachmann, 2014). Entretenir des liens d'amitié et des contacts réguliers avec des connaissances, des collègues de travail ou encore le voisinage est particulièrement important pour ne pas se retrouver seul face à une situation difficile.

En ce qui concerne les usages à risque de substances psychotropes ou de jeu de hasard, une intégration sociale faible peut à la fois favoriser le développement d'une addiction ou en être une conséquence. En effet, autant l'abus de substance peut entrainer la rupture de liens avec des proches ou un employeur, autant la souffrance liée à un sentiment d'isolement peut également inciter à augmenter l'usage de substances ou d'autres comportements addictifs.

2.4.5 Santé psychique

L'état de santé est une composante indirecte de la situation sociale d'une personne dans le sens où certaines caractéristiques des autres composantes de la situation sociale, notamment ceux mentionnés précédemment, ont une influence sur l'état de santé physique ou psychique, comme par exemple un état ou sentiment d'isolement social (Bachmann, 2014). Il existe par exemple des corrélations claires entre le niveau d'éducation et la survenue de symptômes de dépression modérée ou sévère. Ainsi, en Suisse, la proportion de personnes touchées n'ayant fini que leur scolarité obligatoire (9.7%) est deux fois plus élevée que la proportion de personnes atteintes au bénéfice d'une formation supérieure (4.7%) (Spiess & Schnyder-Walser, 2018). Par ailleurs, les salarié·e·s sont généralement en meilleure santé que les inactifs ou les chômeur·e·s. Selon les résultats de l'Enquête Suisse sur la Santé 2012, 88.8% des 25 à 64 ans jugent leur état de santé bon ou très bon, alors que cette proportion est de 79.0% parmi les chômeur·e·s et de 65.5% parmi les personnes inactives. Les personnes sans emploi et inactives sont également plus susceptibles de signaler des symptômes de dépression (Bachmann et al., 2015).

En ce qui concerne les usager·ère·s à risque de substances psychotropes ou de jeu de hasard, l'état de santé général est directement lié à l'usage de substance ou de jeu de hasard car un état de santé instable ou précaire peut à la fois favoriser le développement d'une addiction ou en être une conséquence. En particulier, l'effet de manque ainsi que les difficultés financières induites par un usage intensif de substances ou de jeu de hasard sont des sources importantes de stress physique et émotionnel. Par ailleurs, la perte de maîtrise face à sa consommation et les conséquences qui en découlent, notamment financières et sociales, peuvent générer un sentiment d'auto-dévalorisation ou de culpabilité face à sa propre addiction.

3. Propriétés des indicateurs, sources de données et populations-cibles

Ce chapitre présente en détail l'opérationnalisation des indicateurs en catégories mesurables par des analyses quantitatives, les spécificités des différentes sources de données, et les définitions d'usage à risque ou problématique pour chaque substance ou comportement.

3.1 Composition des indicateurs

La Table A4 dans les annexes présente les variables utilisées pour chaque indicateur, selon la source de donnée et l'année d'enquête.

3.1.1 Niveau de formation

Nous avons adopté la classification standard de l'Enquête Suisse sur la Santé (variable AUSBILD5; Office fédéral de la statistique (OFS), 2019) pour déterminer le plus haut niveau de formation achevée, à savoir :

- Scolarité obligatoire : école obligatoire non terminée ou terminé, 10ème année de transition ;
- Degré secondaire II, professionnel : apprentissage, école de commerce, école de culture générale ;
- Degré secondaire II, général : maturité gymnasiale, maturité professionnelle, école de métier ;
- Degré tertiaire, professionnel supérieur : brevet fédéral, diplôme fédéral ;
- Degré tertiaire, hautes écoles : HES, HEP, université, EPF.

3.1.2 Employabilité

Nous avons adapté les catégories d'activité professionnelle communément utilisées dans le cadre d'études menées auprès de la population générale (à savoir : 'Emploi à plein temps', 'Emploi à temps partiel', 'En formation', 'Sans emploi', 'Au foyer', 'Rentier ou retraité'; Gmel et al., 2017) aux particularités des usager·ère·s à risque de substances psychoactives ou de jeu de hasard. En particulier, il est important de distinguer les personnes qui sont activement en recherche d'emploi et prêtes à travailler des personnes qui ne souhaitent pas ou ne souhaitent plus travailler (situation qui pourrait concerner des personnes avec un problème d'addiction avéré). Par ailleurs, la part de bénéficiaires de l'aide sociale et celle de bénéficiaires de l'assurance invalidité étant connues pour être relativement élevées auprès des personnes avec un problème d'addiction ou marginalisées (Labhart et al., 2010), il était également important d'ajouter ces catégories.

L'indicateur proposé dépasse ainsi le cadre de la sphère professionnelle stricte et englobe de manière plus large la question de l'employabilité des personnes concernées, c'est-à-dire leur capacité à évoluer dans ou en marge du marché du travail et ce, de façon plus ou moins autonome. Il comprend les catégories inter-exclusives suivantes :

- En emploi : cette catégorie comprend les personnes travaillant à temps plein et à temps partiel ;
- En recherche d'emploi et disponible pour travailler : cette catégorie comprend les chômeur·e·s, les personnes en fin de droit, les personnes ayant un job occasionnel et celles en programme d'insertion ;
- En formation ;
- Bénéficiaires d'une rente AVS, du soutien du conjoint (p.ex. parent au foyer) ou du congé maternité ;
- Bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Bénéficiaires de l'assurance invalidité, maladie, ou accident ;

- Inactif·ve, autre : cette catégorie comprend les personnes sans possibilité de travailler (p.ex. demandeurs d'asile), celles qui ont un revenu hors du marché du travail standard (p.ex. mendicité, activité illégale) ou qui ne souhaitent pas travailler.

Afin de n'attribuer que la catégorie la plus pertinente, l'activité requérant le plus de temps a été retenue si cette information était disponible. Dans le cas contraire, l'ordre de sélection des activités ci-dessus a été respecté, à l'exception des personnes en formation qui ont été assignées à cette catégorie avant les personnes travaillant à temps partiel ou en recherche d'emploi, afin d'éviter que les étudiant·e·s travaillant à côté de leurs études ne soient recodés comme étant en emploi.

Cette catégorisation a toutefois deux limites méthodologiques principales. Premièrement, l'attribution d'une catégorie dominante ne reflète que partiellement la situation des personnes qui ont deux ou plusieurs activités (p.ex. étudiant·e + emploi à temps partiel ; emploi à temps partiel + homme/femme au foyer), ainsi que les personnes au bénéfice d'une rente partielle (p.ex. assurance invalidité à 50% + emploi à temps partiel). Deuxièmement, les catégories retenues ne permettent pas de mettre en évidence des situations d'employabilité caractéristiques des personnes souffrant de problème d'addiction, telles que l'emploi précaire (p.ex. travail sur appel, intérim), le bénévolat ou le travail non-rémunéré (p.ex. programme de réinsertion), ainsi que le travail au noir.

3.1.3 Situation de logement

Nous avons adopté les catégories utilisées dans le monitorage act-*info* depuis 2004 (Maffli et al., 2020). Elles distinguent les trois situations de logement suivantes :

- Situation stable : appartement ou maison à soi, chambre sous-louée, meublé, collocation, etc. ;
- Situation instable : dans la rue, chez un tiers, accueil de nuit, hébergement d'urgence, hôtel, squat, etc. ;
- En institution : centre de traitement, foyer, prison, appartement protégé, etc.

Il est important de noter que l'Enquête Suisse sur la Santé ne permet pas de fournir des données sur la situation de logement des personnes de la population générale, car les personnes sont principalement échantillonnées sur la base du registre des habitants, et sont majoritairement contactées sur un téléphone fixe. Les personnes sans domicile-fixe et vivant en institution en sont ainsi exclues de facto. Il n'y a d'ailleurs aucune question sur l'absence ou l'instabilité de la situation de logement des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé.

A notre connaissance, il n'existe pas de recensement exhaustif de la situation de logement sur l'ensemble de la population en Suisse. Sur la base de la littérature grise, il est possible d'estimer que près de 2% des personnes sont domiciliées dans des institutions ou foyers collectifs, tels que homes, hôpitaux, prisons, internats (Ruch et al., 2015, p. 46) ; et qu'environ 0.1% de la population sont sans abri (Christoph Merian Stiftung, 2019; Dittmann et al., 2019; Héron, 2019; Jackson et al., 2016; Morosoli, 2017). Bien qu'approximatives, ces estimations relatives à la population générale permettent néanmoins de mettre en perspective les résultats du monitorage act-*info* et l'enquête Public Spaces sur la part de personnes résidant en institution ou en situation de logement instable (voir Chapitre 3.4.1 pour plus de détails sur la comparaison entre population générale et usager·ère·s à risque ou problématiques).

3.1.4 Isolement social

Au vu des questions très différentes utilisées dans les questionnaires des enquêtes retenues pour ce projet, nous avons essayé d'identifier les personnes à risque d'isolement social lorsqu'elles n'ont pas ou très peu de contacts avec leur famille ou avec des collègues. Cette approche suit la littérature scientifique qui suggère que les indicateurs basés sur la rareté

des contacts sociaux (avec notamment les amis, la parenté et les voisins) ont une meilleure validité pour mesurer l'isolement social que d'autres indicateurs, relatifs notamment à l'absence de groupes de discussions ou l'absence de soutien social (Eckhard, 2018). Nous nous sommes ainsi sur l'absence de contacts sociaux au niveau des trois sphères de socialisation suivantes :

- la sphère professionnelle (si une personne n'est pas en emploi, en recherche d'emploi, ou en formation ; cf. trois premières catégories de l'indicateur « employabilité » du Chapitre 3.1) ;
- la sphère privée (si une personne est célibataire, séparée, divorcée ou veuve) ;
- la sphère d'habitation (si une personne vit seule dans son logement).

Cet indicateur met ainsi en évidence les profils de personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'un soutien immédiat et de qualité en cas de besoin. Les analyses préparatoires montrent par ailleurs que cet indicateur est corrélé positivement avec la question TSOUN05 de l'Enquête Suisse sur la Santé, qui évalue l'existence de personne(s) à qui on peut se confier, avec l'indicateur standard de soutien social OSS3 de l'ESS (Office fédéral de la statistique (OFS), 2019), ainsi qu'avec la question QZES050 du questionnaire act-*info*-Residalc relative à l'existence de personnes-ressources (aide ou soutien) en cas d'urgence. Il n'a cependant pas été possible d'utiliser ces questions car il n'existe pas d'équivalent dans les autres enquêtes ni dans l'ESS 2007. Il est à noter que, l'existence de contacts ne signifie pas nécessairement qu'il s'agisse de relations constructives et de qualité. Dans le cas des personnes toxicomanes et/ou marginalisées, il serait ainsi utile de disposer de données plus étoffées sur les ressources mobilisables (réseaux de solidarité primaire et secondaire) et de distinguer s'il s'agit de personnes extérieures à la zone.

3.1.5 Santé psychique : auto-dévalorisation

Les questionnaires des trois enquêtes retenues possèdent toutes des questions sur l'état de santé des répondants, mais ces questions sont de types et de natures très différentes. En particulier, le questionnaire du monitorage act-*info* (secteurs ambulatoire et résidentiel) ne comprend que quelques questions sur l'expérience de divers problèmes psychiques (p.ex. auto-dévalorisation ou sentiment de culpabilité, états anxieux) sur une période importante précédant l'admission en traitement. Au final, le plus grand dénominateur commun entre les différentes enquêtes est une question sur l'expérience aigüe d'auto-dévalorisation ou du sentiment de ne rien valoir (modalités de questions dans la Table A1 dans les annexes).

Il est à noter qu'il n'existe pas de question comparable dans l'Enquête Suisse sur la Santé 2007, ni dans le monitorage act-*info* avant 2013. Bien que les questions diffèrent sur la forme et sur la durée du sentiment de dévalorisation, elles se ressemblent au niveau du processus d'identification (problème ou souffrance identifiée par le répondant) et de l'intensité du sentiment (perturbation fréquente ou souffrance). Nous avons choisi de n'utiliser qu'une question de l'Enquête Suisse sur la Santé, plutôt qu'un indicateur construit sur plusieurs items, afin de privilégier la comparabilité avec les autres enquêtes.

3.2 Sources de données quantitatives

Comme expliqué précédemment (voir Chapitre 2.3), quatre enquêtes ont été sélectionnées pour représenter un continuum reflétant différentes facettes de la situation sociale des usager·ère·s de substances psychoactives ou de jeu de hasard en fonction de la sévérité de leurs problématiques d'addiction et/ou de marginalisation sociale :

- l'Enquête Suisse sur la Santé, qui comprend un échantillon représentatif de la population générale en Suisse,
- le monitorage act-*info* [statistique sectorielle ambulatoire], qui recense les admissions en traitement ambulatoire spécialisé pour un usage problématique de substance ou de jeu de hasard,

- le monitorage act-*info* [statistique sectorielle résidentielle], qui recense les admissions en traitement résidentiel spécialisé pour un usage problématique de substance ou de jeu de hasard, et
- l'enquête Public Spaces, qui propose un échantillon d'usager·ère·s de substances les plus précarisés.

Les spécificités et le degré de couverture de ces sources de données sont présentées ci-après et dans la Table A2 dans les annexes.

3.2.1 Enquête Suisse sur la Santé (ESS)

L'Enquête Suisse sur la Santé – ou Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) – fait partie du programme statistique pluriannuel de la Confédération et se déroule tous les cinq ans depuis 1992. S'agissant d'une enquête par échantillonnage, les personnes sont sélectionnées aléatoirement dans le cadre de sondages pour les enquêtes auprès de la population de l'OFS. La récolte des données se fait par interview téléphonique et par questionnaire écrit (en allemand, français ou italien). Sont interrogées les personnes de 15 ans et plus résidant de manière permanente en Suisse dans un ménage privé. Les personnes vivant dans des ménages collectifs (établissements pénitentiaires, internats, hôpitaux, établissements médico-sociaux, couvents, hôtels et autres institutions) et les personnes dont la procédure d'asile est en cours en sont exclues (Office fédéral de la statistique (OFS), 2020a).

Entre 18'000 et 22'000 personnes ont été interrogées au cours de chacune des trois dernières enquêtes. Les données publiées résultent d'une extrapolation pondérée des réponses afin d'être représentatives des caractéristiques de la population générale âgée de 15 ans et plus vivant en Suisse dans son ensemble.

Dans le cadre de ce projet, l'Enquête Suisse sur la Santé sert à fournir une représentation « de base » de la population générale non-consommatrice ou à faible risque, ainsi qu'une représentation de la situation sociale des personnes ayant un usage à risque de substances ou de jeu de hasard et qui peuvent être atteintes par une enquête de population générale, dans la mesure où elles résident dans un domicile privé et peuvent être contactées sur une ligne téléphonique fixe.

3.2.2 Statistiques des traitements spécialisés ambulatoires

La statistique act-*info* SAMBAD offre un aperçu de la clientèle et des activités de l'aide ambulatoire en matière d'addiction en Suisse. Il s'agit de services de consultation spécialisés pour les problèmes liés à l'alcool et/ou aux drogues illégales ainsi que de divers types de services polyvalents offrant également une aide pour les problèmes addictifs (Maffli, 2019).

Les données sont récoltées au début et à la fin de la prise en charge. Les informations rassemblées à l'admission renseignent en particulier sur les caractéristiques sociodémographiques des client·e·s, sur leurs expériences de traitement ainsi que sur leurs modes de consommation et problèmes psychosociaux avant la prise en charge.

Dans le cadre de ce projet, les données des questionnaires d'admission seront utilisées pour fournir une représentation de la situation sociale des personnes entrant en traitement ambulatoire pour un problème d'addiction. En comparaison des traitements résidentiels (RESIDALC et FOS, voir chapitres suivants), la prise en charge ambulatoire est généralement la première étape pour s'occuper d'un problème d'addiction. On y trouve ainsi des problématiques de consommation tendanciellement moins sévères.

3.2.3 Statistiques des traitements spécialisés résidentiels

3.2.3.1 act-info-Residalc

La statistique sectorielle act-*info*-Residalc concerne l'ensemble des institutions résidentielles à orientation socio-thérapeutique (cliniques spécialisées et centres de réhabilitation) spécialisées dans la prise en charge des problèmes liés à l'alcool et aux médicaments (Delgrande Jordan et al., 2020).

act-*info*-Residalc renseigne sur la clientèle des institutions participantes. Les données relatives aux client·e·s (cadre de la prise en charge, données sociodémographiques, consommations, comportements assimilables à une addiction) sont collectées au moyen d'un questionnaire rempli au moment de leur admission et d'un questionnaire rempli au moment de leur sortie.

Dans le cadre de ce projet, les données des questionnaires d'admission seront utilisées pour fournir une représentation de la situation sociale des personnes entrant en traitement résidentiel pour un problème de dépendance. En comparaison des traitements ambulatoires (SAMBAD, voir chapitre précédent), la prise en charge résidentielle suit généralement une ou plusieurs tentatives de traitement ambulatoire. Il s'agit ainsi de problématiques tendanciellement plus sévères. Il s'agit de personnes qui ont très peu de chance d'être recrutées pour l'Enquête Suisse sur la Santé, notamment car elles ne vivent pas à domicile du fait qu'elles suivent un traitement résidentiel.

3.2.3.2 act-info-FOS

La statistique sectorielle act-*info*-FOS regroupe des établissements offrant des traitements résidentiels aux personnes dépendantes de drogues. Les institutions participantes offrent des thérapies – pour la plupart orientées vers l'abstinence, de courte, moyenne et longue durée (Delgrande Jordan et al., 2020).

act-*info* FOS renseigne sur la clientèle des institutions participantes. Les données relatives aux client·e·s (cadre de la prise en charge, données sociodémographiques, consommations, comportements assimilables à une addiction) sont collectées au moyen d'un questionnaire rempli au moment de leur admission et d'un questionnaire rempli au moment de leur sortie.

Dans le cadre de ce projet, les données des questionnaires d'admission seront utilisées pour fournir une représentation de la situation sociale des personnes entrant en traitement résidentiel pour un problème d'addiction. En comparaison des traitements ambulatoires (voir plus haut), la prise en charge résidentielle suit généralement une ou plusieurs tentatives de traitement ambulatoire. Il s'agit ainsi de problématiques tendanciellement plus sévères. Il s'agit de personnes qui ont très peu de chance d'être recrutées pour l'Enquête Suisse sur la Santé, notamment car elles ne vivent pas à domicile du fait qu'elles suivent un traitement résidentiel.

3.2.4 Enquête Public Spaces

L'enquête « Consommation d'alcool dans l'espace public » s'est intéressée aux personnes marginalisées qui se regroupent quotidiennement sur des places publiques spécifiques et y montrent une consommation d'alcool élevée (Labhart et al., 2010; Schnoz et al., 2009). Afin d'obtenir une compréhension large de ce phénomène, l'étude a été menée durant l'été 2008 dans cinq villes suisses, deux en Suisse romande (Lausanne et Yverdon-les-Bains) et trois en Suisse alémanique (Berne, Zurich et Coire). Ces villes ont été sélectionnées car elles présentent différentes configurations de langue, de taille, d'orientation politique et d'offres d'institutions bas-seuil.

Les données relatives ont été collectées lors d'entretiens par questionnaire menés avec les personnes marginalisées directement sur la place. Ces entretiens renseignent sur le parcours de vie, la consommation de substances licites et illicites, les motivations à venir sur la place, l'état de santé physique et psychique, etc.

Dans le cadre de ce projet, les résultats de l'enquête Public Spaces sont utilisés pour fournir une représentation de la situation sociale des personnes qui n'ont pas, pas encore, ne souhaitant pas ou ne pouvant pas initier une démarche de traitement ambulatoire ou résidentiel. Il s'agit de personnes qui ont très peu de chance d'être recrutées pour l'Enquête Suisse sur la Santé, notamment car un grand nombre d'entre elles n'ont pas de domicile fixe.

3.2.5 Remarques sur la couverture et le chevauchement des enquêtes

S'agissant d'enquêtes différentes, nous ne pouvons exclure le risque que quelques individus aient participés à deux enquêtes (en particulier à l'Enquête Suisse sur la Santé et à act-*info* SAMBAD). Toutefois la probabilité semble assez faible, notamment à cause du fait que l'Enquête Suisse sur la Santé n'interroge que 22'000 personnes, soit 0.3% de la population effective de 15 ans et plus (Office fédéral de la statistique (OFS), 2018). Par ailleurs, il est possible que des personnes soient admises en traitement ambulatoire, puis en traitement résidentiel pour un même problème d'addiction. Cela ne pose toutefois pas de problème méthodologique, compte tenu que les circonstances d'admission (et donc les circonstances de vie de la personne) ont évolué entre la première et la deuxième admission.

En ce qui concerne les statistiques sectorielles du monitorage act-*info*, la participation des institutions au monitorage étant volontaire, la couverture n'est pas complète mais atteint entre un et deux tiers des personnes visées (voir Table A2 dans les annexes). Un biais systématique des résultats, influencé par la décision des institutions de participer ou non au monitorage, semble toutefois peu probable et on ne constate pas non plus de concentration géographique particulière au niveau de la participation. Toutefois, il faut relever une certaine tendance des cliniques privées destinées à une clientèle aisée à ne pas participer au monitorage act-*info*, ce qui a pour conséquence une légère surreprésentation des personnes en situation de précarités professionnelle et de logement. Il existe par ailleurs certaines fluctuations annuelles du taux de participation et il convient d'en tenir compte lors de l'analyse des tendances au cours du temps.

3.3 Identification des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard

Deux approches différentes sont utilisées pour qualifier et quantifier les personnes touchées par une problématique d'addiction parmi les différentes sources de données sélectionnées.

D'un côté, les enquêtes de population (l'Enquête Suisse sur la Santé et l'enquête Public Spaces) permettent d'identifier les personnes concernées sur la base de la fréquence et/ou de la quantité d'usage de substance ou de jeu de hasard. La littérature scientifique et la pratique ont défini des seuils de risque pour chaque substance ou comportement, à partir desquels l'usage est qualifié comme étant « à risque », notamment en termes de conséquences physiques, psychiques ou sociales. Cette approche ne permet pas de déterminer si une personne souffre d'addiction au moment où elle remplit le questionnaire, surtout lorsque le niveau de consommation est proches du seuil, mais elle permet d'appliquer un critère de sélection uniforme aux différentes sources de données et d'identifier les usager·ère·s pour lesquels un usage à risque prolongé peut devenir problématique.

D'un autre côté, les statistiques sectorielles du monitorage act-*info* (ambulatoire et résidentiel) identifient les personnes concernées sur la base de la substance ou du

comportement constituant le problème principal lors de l'admission en traitement. Il s'agit d'un usage dit « problématique » vu que la personne est admise en traitement spécialisé justement car elle rencontre des problèmes à cause de son usage de substance ou de jeu de hasard. Dans le cas de consommations multiples, plusieurs substances peuvent être considérées comme étant problématiques. Le questionnaire renseigne toutefois sur quelle substance ou comportement constitue le *problème principal* tel qu'identifié en fonction des préoccupations du client ou de la cliente que le verdict professionnel des intervenant·e·s. Pour ce projet, nous n'avons retenu pour l'analyse que les problèmes principaux, afin d'assurer une cohérence entre les personnes déclarant ou non des problèmes secondaires et d'éviter des doublons de personnes dans les résultats respectifs.

3.3.1 Principes généraux

Dans les statistiques sectorielles act-*info*, l'usage d'alcool a été défini comme étant « problématique » s'il constitue le problème principal lors de l'admission en traitement ambulatoire ou résidentiel.

Par contre, les seuils d'usage dits « à risque » varient selon les substances. La Table A4 dans les annexes propose un aperçu des variables utilisées pour l'identification des personnes avec un usage « à risque », ou respectivement « problématique », selon la source de données et l'année d'enquête.

3.3.2 Particularité : alcool

Deux modes de consommation d'alcool sont communément utilisés pour définir une consommation d'alcool comme étant « à risque », à savoir la consommation « chronique à risque » et la consommation « épisodique à risque ».

L'identification d'une consommation d'alcool chronique à risque repose sur la quantité moyenne d'alcool (calculée en grammes d'alcool pur) consommée par jour. Selon les standards actuels adoptés en Suisse dans le cadre d'études épidémiologiques (voir indicateur 2.1; Jäggi et al., 2015):

- une consommation à risque *faible* correspond de 1 à 20 g d'alcool pur pour une femme (soit jusqu'à 2 verres standard) et de 1 à 40 g d'alcool pur pour un homme (soit jusqu'à 4 verres standard)
- une consommation à risque *moyen* correspond de >20 à 40 g d'alcool pur pour une femme (2 à 4 verres standard) et de >40 à 60 g d'alcool pur pour un homme (4 à 6 verres standard)
- une consommation à risque *élevé* correspond à plus de 40 g d'alcool pur pour une femme (plus de 4 verres standard) et à plus de 60 g pour un homme (plus de 6 verres standard).

L'identification d'une consommation d'alcool épisodique à risque repose sur la fréquence à laquelle une personne consomme au moins 4 verres standard de boisson alcoolisée pour une femme, ou au moins 5 verres standard pour un homme, en une occasion. Selon les standards actuels adoptés en Suisse, cette fréquence est d'au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois (voir indicateur 2.2; Jäggi et al., 2015). Un verre standard (= 1 verre de bière/vin, etc.) correspond à 10 à 12 g d'alcool pur.

Compte tenu du chevauchement important de ces deux critères de risque parmi les personnes admises en traitement pour un problème principal de consommation d'alcool (les analyses préliminaires à ce projet ont montré que 95.4% des personnes avec une consommation d'alcool à risque chronique moyen ou élevé ont également une consommation épisodique à risque dans le secteur ambulatoire, et 92.5% dans le secteur résidentiel), nous avons retenu toutes les personnes de l'Enquête Suisse sur la Santé et à l'étude Public Spaces qui dépassent au moins un des deux seuils de risque.

3.3.3 Particularité : jeu de hasard et d'argent

La définition du comportement de jeu de hasard comme étant « à risque » dans la population générale sondée par l'Enquête Suisse sur la Santé repose sur la définition proposée par Dey et Haug (2019). Sur la base de quatre questions de screening ces derniers ont proposé une méthode visant à identifier les comportements de jeux à risque ou pathologiques en accord avec des critères reconnus internationalement, compatibles notamment avec la définition du DSM-5 (Eichenberger & Rihs-Middel, 2014). Il faut toutefois noter que cette définition n'est applicable que pour l'enquête 2017 car les questions des enquêtes précédentes ne sont pas totalement compatibles.

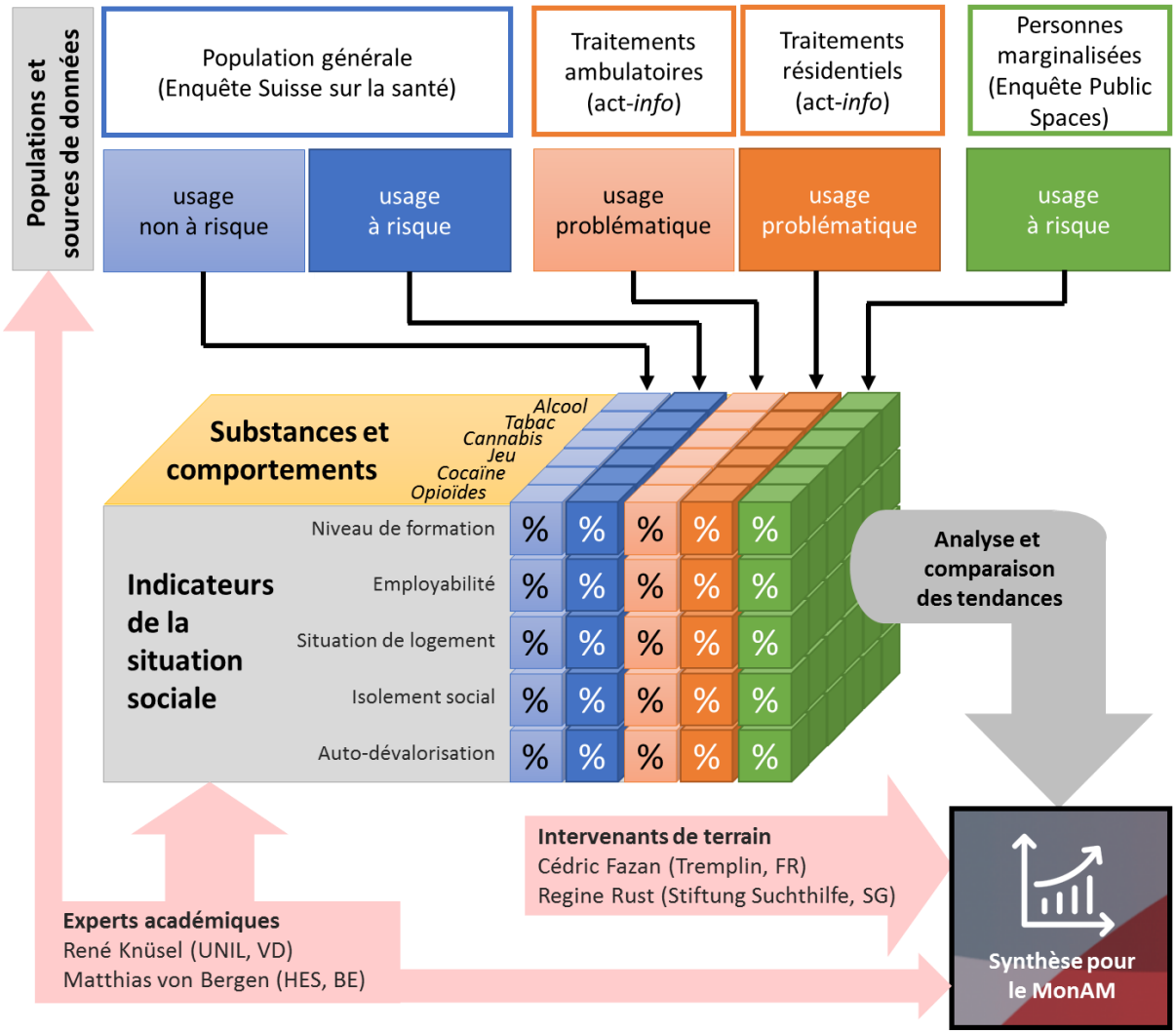
4. Analyse comparée de l'ensemble des données

Après avoir sectionné les indicateurs pertinents sur la base des fondements théoriques et en fonction des sources de données à disposition (cf. chapitre 2.3), ce chapitre présente l'approche analytique et les résultats relatifs aux questions de recherche suivante :

- mesurer l'étendue et la diversité de la situation sociale des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances et de jeu de hasard pour les cinq indicateurs retenus, séparément pour six substances ou comportements addictifs en 2017 (question de recherche Q3) ;
- observer l'évolution de ces indicateurs entre 2007 et 2017 (question de recherche Q4).

Le processus d'analyse est illustré par la Figure 1. Dans un premier temps, les analyses visent à croiser les différentes dimensions (5 indicateurs * 4 sources de données (y.c. la population non à risque, qui sert de groupe de référence) * 6 substances ou comportements), afin de prendre la mesure de l'étendue et de la diversité des phénomènes observés. Dans un deuxième temps, les analyses visent à synthétiser les résultats en une représentation cohérente et réplicable à l'avenir pour le MonAM (présenté au Chapitre 5).

Figure 1: Représentation schématique du processus de comparaison des résultats par type de population, substances et indicateurs, et apports des experts



4.1 Approche analytique

4.1.1 Identification des résultats saillants en 2017

L'année 2017 a été choisie comme référence car il s'agit de l'année de la dernière vague de l'Enquête Suisse sur la Santé, l'enquête n'ayant lieu que tous les 5 ans. Au contraire, le monitorage act-*info* offre des données annuelles depuis 2004. Cependant, le degré de participation des institutions peut légèrement fluctuer d'une année à l'autre (Table A2 dans les Annexes) et le nombre d'observations annuelles pour certains sous-groupes plus rares (p.ex. traitements résidentiels pour un problème principal de tabac) sont faibles. Ainsi, afin d'atténuer les fluctuations annuelles, d'éviter que les tendances soient biaisées par les résultats d'une année inhabituelle et de fournir un nombre d'observations suffisantes pour les analyses, nous avons agrégé les données de l'année de référence avec celles des années précédente et suivante (2016 à 2018).

L'identification des résultats saillants repose sur une analyse comparée des fréquences relatives (en pourcentage) des dimensions d'un indicateur par substance ou comportement auprès des échantillons suivants :

- population générale non-consommatrice ou non à risque (p.ex. personnes abstinentes ou avec un usage d'alcool au-dessous des seuils de risque décrits au chapitre 3.3) [données de l'Enquête Suisse sur la Santé]
- population générale avec un usage à risque [données de l'Enquête Suisse sur la Santé]
- personnes admises en traitement ambulatoire pour un problème principal d'usage de la substance ou comportement en question [données de act-*info*-Sambad]
- personnes admises en traitement résidentiel pour un problème principal d'usage de la substance ou comportement en question [données de act-*info*-Residalc et act-*info*-FOS]
- personnes marginalisées [données de l'enquête Public Spaces]

La mise en parallèle des résultats auprès des cinq types de populations susmentionnées a pour but (cf. question de recherche Q3) de refléter l'étendue et la diversité des situations sociales des usager·ère·s de substances psychoactives ou de jeu de hasard, en fonction de la sévérité de leurs problématiques d'addiction et/ou de marginalisation sociale. L'analyse comparée permet également d'identifier les particularités, limites et éclairages spécifiques propres à chaque source de données, en comparant les résultats à la population « de base » non à risque et aux autres populations à risque. En outre, l'analyse des résultats par substance permet d'identifier des particularités spécifiques à l'une ou l'autre substance. Ce mode d'analyse est possible parce que les données ont été collectées de manière systématique (avec le même protocole de saisie) au sein de chaque enquête quels que soient la substance ou le comportement, et parce que les définitions d'usages à risque ou problématiques sont uniformes entre les enquêtes.

En revanche, il est important de préciser que les résultats ne peuvent pas être interprétés comme des prévalences car ils proviennent de sources de données qui n'ont pas été conçues spécifiquement pour quantifier la situation sociale des personnes dépendantes. Par ailleurs, les résultats saillants identifiés dans le cadre de cette analyse comparée ne sauraient être la preuve de causes ou d'effets. Tout au mieux, l'analyse permet d'identifier les particularités de la situation sociale des personnes concernées et d'envisager des hypothèses interprétatives.

Les analyses ont été réalisées séparément pour les cinq indicateurs, c'est-à-dire sans les combiner entre eux, car, bien qu'ils soient partiellement liés entre eux (p.ex. un revenu fixe améliore la capacité d'avoir un logement stable et un bon état de santé), chaque indicateur garde des spécificités propres et illustre une facette différente de la situation sociale des personnes dépendantes. Tous les résultats sont présentés sous forme de tables ou de figures, mais au vu du nombre important de résultats (5 indicateurs de 2 à 7 dimensions * 5

types de populations * 6 substances ; cf. Figure 1), seuls les résultats saillants sont mis en évidence dans le texte.

Il faut par ailleurs noter qu'aucun résultat ne peut être présenté pour les cas suivants, car les questionnaires ne comprennent pas les questions correspondantes : situation de logement dans l'Enquête Suisse sur la Santé, usage de cocaïne et dérivés dans l'Enquête Suisse sur la Santé, usage d'opioïdes dans l'Enquête Suisse sur la Santé, jeu de hasard et d'argent dans l'enquête Public Spaces.

4.1.2 Tendances de 2007 à 2017

Les cinq indicateurs sont susceptibles d'évoluer dans le temps, tant au niveau individuel que collectif. Afin d'offrir un aperçu de l'évolution de ces indicateurs (question de recherche Q4), les analyses réalisées pour 2017 ont été répliquées pour 2007 et 2012, c'est-à-dire pour les années des deux vagues précédentes de l'enquête Suisse sur la Santé. Le principe d'agrégation sur 3 ans, décrit au chapitre précédent pour les données act-*info,* a également été maintenu.

L'analyse des tendances repose également sur la comparaison des fréquences relatives (en pourcentage) des dimensions d'un indicateur entre différents groupes de populations et différentes années. Cette mise en parallèle des tendances observées au sein des 5 types de populations (population non à risque et 4 groupes de population à risque ou problématique, cf. Chapitre 3.4.2), permet d'identifier les évolutions particulières au sein d'une population donnée, en comparaison de la population générale « de base » non à risque ou en comparaison d'autres populations à risque ou problématique. En cela, l'analyse est indépendante du nombre d'effectif d'observations, compte tenu que chaque source de données comprend des centaines, voire des milliers, d'observations pour chaque indicateur et substance.

Il est important de préciser que les résultats ne peuvent pas être interprétés comme évolution de la prévalence de l'un ou autre aspect de la situation sociale, car les résultats proviennent de sources de données qui n'ont pas été conçues spécifiquement pour quantifier la situation sociale des personnes dépendantes. Tout au mieux, l'analyse permet d'identifier les indicateurs pour lesquels un aspect s'est accentué ou, au contraire, atténué, d'envisager des hypothèses interprétatives.

Au vu du nombre important de résultats (5 indicateurs * 5 populations * 6 substances * 3 années), seuls les résultats saillants sont présentés, sous forme de figures et de texte. Il faut toutefois noter qu'aucun résultat ne peut être présenté pour la tendance suivante, car les questionnaires ne comprennent pas les questions correspondantes : jeu de hasard et d'argent dans l'Enquête Suisse sur la Santé 2007 et 2012.

4.2 Résultats

4.2.1 Niveau de formation

4.2.1.1 Situation en 2017, par type de population

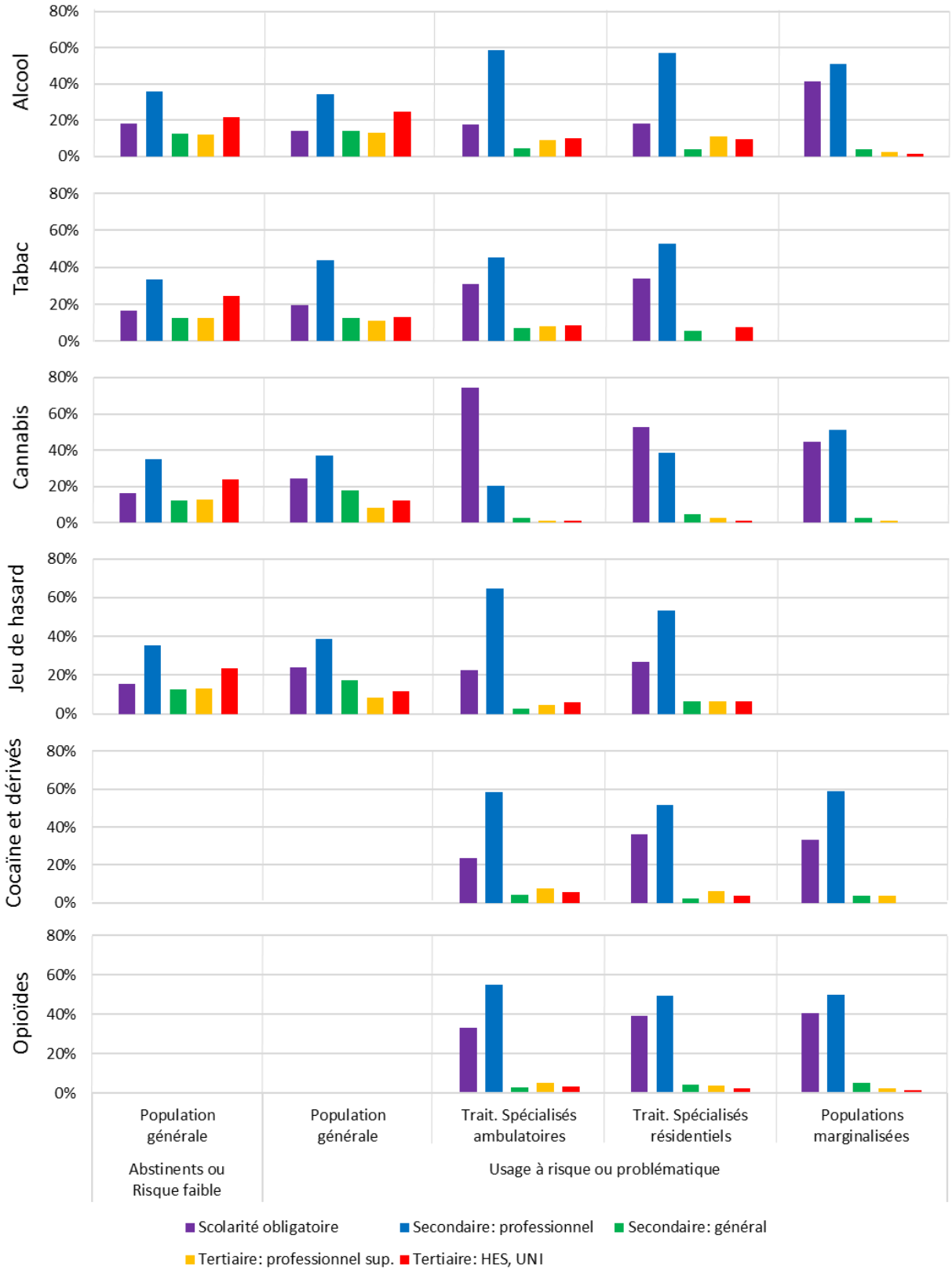
La Figure 2 offre un aperçu général de la distribution du plus haut niveau de formation achevée dans la population générale et parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent, par substance ou comportement. Les données numériques sont présentées dans la Table A5 dans les annexes.

De manière générale, les résultats des quatre sources de données reflètent différentes configurations de niveau de formation en fonction de leur public-cible, mais ils indiquent des tendances similaires. Les résultats concordent notamment sur le fait que l'usage à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard concernent prioritairement les personnes avec un niveau de formation élémentaire ou secondaire. Ces personnes sont ainsi légèrement surreprésentées parmi les usager·ère·s à risque de tabac (+13.4 points de %), de cannabis (+10.4 points de %) et de jeu de hasard (+12.3 points de %) dans la population générale, en comparaison de la population générale non à risque. Elles constituent également l'essentiel de la patientèle des institutions de traitements ambulatoires et résidentielles. Par ailleurs, la part de personnes sans formation est également très importante parmi les personnes marginalisées de l'enquête Public Spaces.

L'alcool fait exception dans le sens où la part de personnes avec un niveau de formation tertiaire universitaire (UNI et HES) est légèrement plus élevée parmi les personnes avec une consommation à risque d'alcool (24.6%) que parmi le reste de la population abstinente ou à faible risque (21.9%). Les personnes avec un tel niveau de formation sont également plus nombreuses à entrer en traitement ambulatoire pour un problème principal d'alcool que pour les autres substances examinées.

Par ailleurs, la part de personnes n'ayant achevé que la scolarité obligatoire est particulièrement importante parmi les personnes entrant en traitement ambulatoire ou résidentiel pour un problème principal d'usage de cannabis. Ce phénomène s'explique par l'attrait particulier pour cette substance chez les jeunes de moins de 24 ans (Gmel et al., 2018; Maffli et al., 2020) qui n'ont, de ce fait, pas encore fini de formation secondaire.

Figure 2: Niveau de formation dans la population générale et parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008)



Note : Données numériques (pourcentages et N) disponibles dans la Table A5 dans les annexes
Source de données : ESS (population générale), act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées).

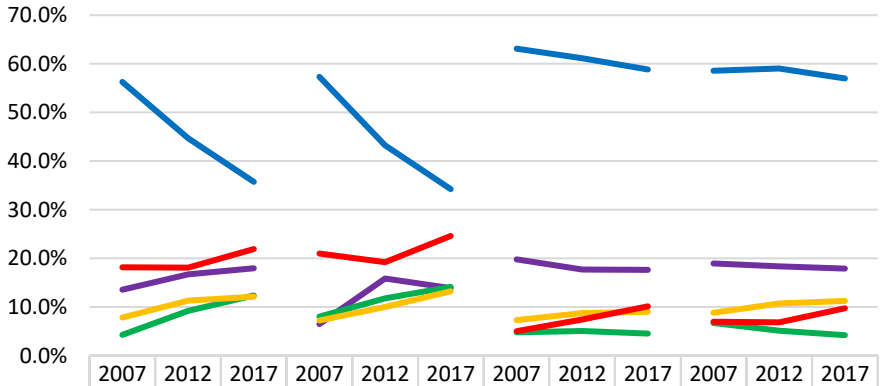
4.2.1.2 Tendances 2007 - 2017

Les Figures 3 et 4 ci-dessous, ainsi que les Figure A1 à A3 dans les annexes présentent l'évolution de la distribution du plus haut niveau de formation achevée des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent entre 2007 et 2017.

Au niveau de la population générale, les résultats montrent que la part de personnes dont le plus haut niveau de formation achevée est un apprentissage ou une école de culture générale a largement diminué (environ -20 points de %) et que les parts de personnes avec une formation secondaire générale ou tertiaire ont augmenté (+4 à +6 points de %, selon le type de formation), et ce autant parmi les personnes avec ou sans usage à risque de substance. Il ne semble ainsi pas que l'usage à risque de substances ait substantiellement augmenté dans l'une ou l'autre catégorie de formation au cours de la dernière décennie au niveau de la population générale.

En revanche, la part de personnes dont le plus haut niveau de formation achevée est un apprentissage ou une école de culture générale entrant en traitement ambulatoire (p.ex. -5 points de % pour l'alcool ; Figure 3) ou résidentiel (-2 points de % pour l'alcool) a peu diminué. Cette différence par rapport à la tendance dans la population générale signifie que, en termes relatifs, la part des personnes avec une formation de niveau élémentaire ou secondaire professionnel a augmenté parmi les personnes entrant en traitement. Par ailleurs, on peut aussi noter que la part de personnes dont le plus haut niveau de formation est un apprentissage ou une école de culture générale a augmenté (+9.5 points de %) parmi les personnes entrant en traitement ambulatoire pour un problème principal de tabac (Figure 4).

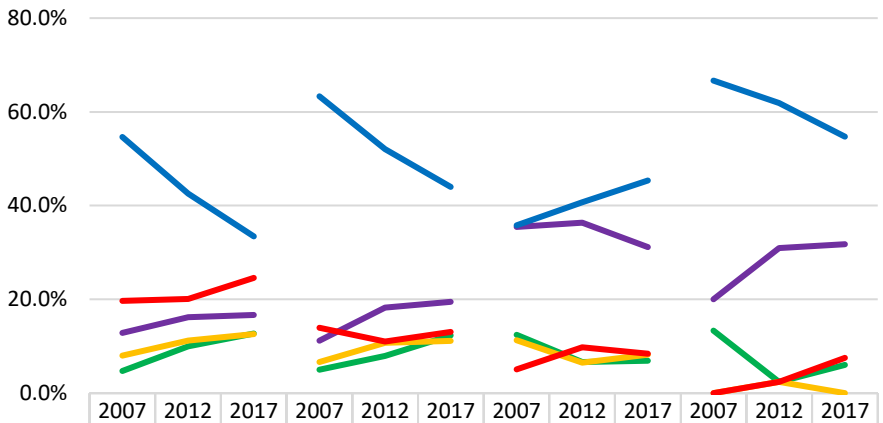
Figure 3: Niveau de formation parmi les personnes avec consommation d'alcool à risque ou problématique (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Population générale*			Population générale			Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	Abstinents ou Risque faible			Usage à risque ou problématique								
Scolarité obligatoire	13.5%	16.7%	17.9%	6.5%	15.8%	13.9%	19.8%	17.7%	17.6%	18.9%	18.3%	17.9%
Secondaire: professionnel	56.3%	44.7%	35.7%	57.3%	43.2%	34.2%	63.1%	61.1%	58.8%	58.6%	59.0%	57.0%
Secondaire: général	4.2%	9.2%	12.3%	8.0%	11.7%	14.1%	4.8%	5.1%	4.5%	6.7%	5.1%	4.2%
Tertiaire: professionnel sup.	7.8%	11.3%	12.1%	7.2%	10.0%	13.2%	7.3%	8.7%	9.0%	8.8%	10.7%	11.2%
Tertiaire: HES, UNI	18.1%	18.1%	21.9%	21.0%	19.2%	24.6%	5.0%	7.4%	10.1%	7.0%	6.8%	9.7%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 50'230 (population générale*), 9'125 (population générale), 22'314 (Ambulatoire), 11'154 (Résidentiel).

Figure 4: Niveau de formation parmi les personnes avec usage de tabac à risque ou problématique (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Population générale*			Population générale			Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	Abstinents ou Risque faible			Usage à risque ou problématique								
Scolarité obligatoire	12.9%	16.2%	16.7%	11.2%	18.3%	19.5%	35.4%	36.4%	31.1%	20.0%	31.0%	31.7%
Secondaire: professionnel	54.7%	42.6%	33.4%	63.3%	52.0%	44.0%	35.8%	40.7%	45.3%	66.7%	61.9%	54.7%
Secondaire: général	4.7%	10.0%	12.7%	5.0%	7.9%	12.3%	12.4%	6.7%	6.9%	13.3%	2.4%	6.0%
Tertiaire: professionnel sup.	8.0%	11.2%	12.6%	6.6%	10.8%	11.1%	11.3%	6.5%	8.2%	0.0%	2.4%	0.0%
Tertiaire: HES, UNI	19.7%	20.1%	24.6%	13.9%	11.0%	13.0%	5.1%	9.7%	8.4%	0.0%	2.4%	7.5%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 47'522 (population générale*), 11'823 (population générale), 771 (Ambulatoire), 86 (Résidentiel).

4.2.2 Employabilité

4.2.2.1 Situation en 2017, par type de population

La Figure 5 offre un aperçu général de la distribution des situations d'employabilité des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent, par substance et type de population. Les données numériques sont présentées dans la Table A6 dans les annexes.

Les quatre sources de données offrent des résultats contrastés, reflétant globalement une diminution progressive de la part de personnes en emploi et de rentiers (AVS ou au foyer), ainsi qu'une augmentation des autres catégories d'employabilité en fonction de la sévérité des problématiques d'addiction et/ou de marginalisation sociale.

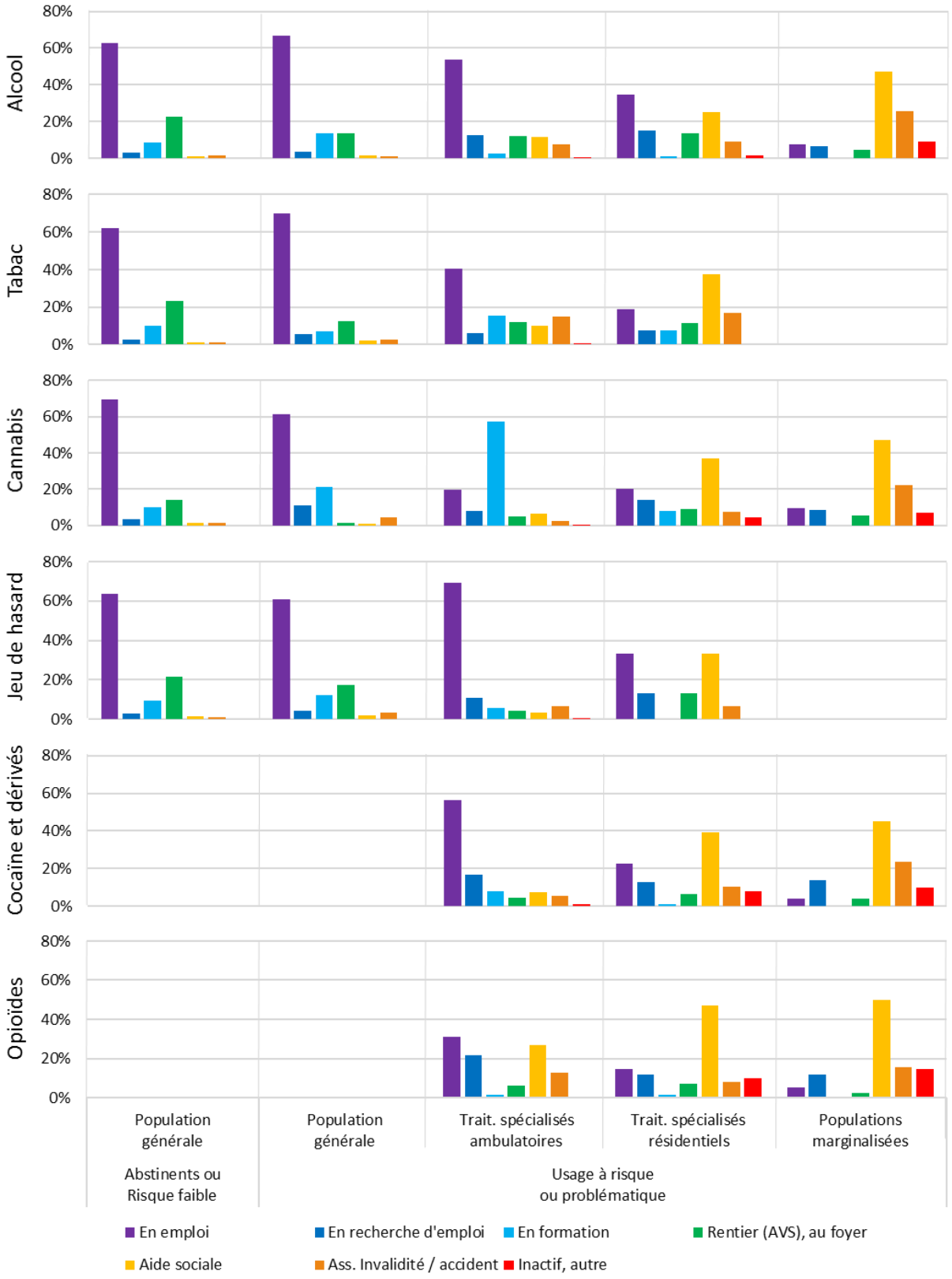
Les résultats sur la population générale et le secteur de traitements ambulatoires montrent qu'une large proportion de leur échantillon d'usager·ère·s à risque ou problématiques de substance ou de jeu de hasard sont des personnes actives sur le marché du travail, quels que soient la substance ou le comportement observé. Par ailleurs, entre les deux échantillons de la population générale, peu de variations importantes sont observables entre les personnes avec et sans usage à risque pour l'alcool, le tabac et le jeu de hasard. En comparaison de la population générale non à risque, on peut même observer une part légèrement plus élevée de personnes en emploi parmi les usager·ère·s à risque d'alcool et de tabac dans la population générale et d'usager·ère·s de jeu de hasard dans les admissions en traitements ambulatoires.

En revanche, parmi les personnes entrant en traitement résidentiel, la part de personnes intégrées professionnellement grâce à un travail ou en formation est très faible. A l'inverse, une large proportion de leur échantillon d'usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard sont des personnes en recherche d'emploi (ou en programme d'occupation), des bénéficiaires de l'aide sociale ou de l'assurance invalidité/accidents. Ce phénomène s'observe pour toutes les substances ou comportements étudiés, mais est encore plus marqué en ce qui concerne les usager·ère·s de substances illicites, à savoir le cannabis, la cocaïne et dérivés et les opioïdes.

Parmi les personnes marginalisées, la majorité des personnes avec une consommation d'alcool à risque étaient au bénéfice de l'aide sociale ou de l'assurance invalidité, quelle que soit la substance étudiée. Par ailleurs, près de 10 à 15% d'entre elles déclaraient être en recherche d'emploi, être sans revenu, ou avoir des revenus d'origine illégale.

Finalement, il faut noter que la part de personnes en formation est particulièrement importante parmi les usager·ère·s à risque de cannabis, que ce soit dans la population générale ou parmi les personnes initiant un traitement ambulatoire. Ce phénomène s'explique par l'attrait particulier pour cette substance parmi les adolescent·e·s et jeunes adultes et le recours fréquent à un traitement ambulatoire face à cette situation.

Figure 5: Situation d'employabilité des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008)



Note : Données numériques (pourcentages et N) disponibles dans la Table A6 dans les annexes. Source de données : ESS (population générale), act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées)

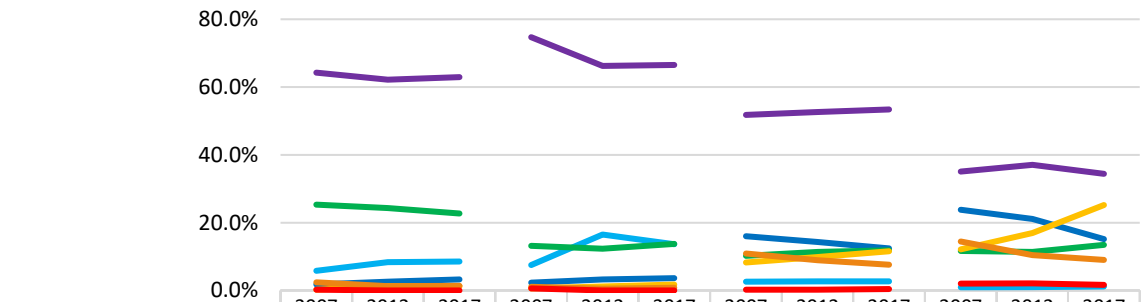
On peut également noter que la part de personnes en formation est aussi nettement plus élevée chez les usager·ère·s à risque de tabac que pour les autres substances étudiées. En revanche, la part de personnes en formation est nettement plus faible parmi les personnes admises en traitement résidentiel pour un problème principal d'usage de cannabis, ce qui peut être expliqué par le fait que les deux facteurs sont difficilement combinables.

4.2.2.2 Tendances 2007 – 2017

Les Figures 6 et 7 ci-dessous, ainsi que les Figure A4 à A6 dans les annexes présentent l'évolution de la distribution des situations d'employabilité des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent entre 2007 et 2017.

D'une manière générale, les deux échantillons de la population générale (usager·ère·s non à risque et usager·ère·s à risque ou problématiques) suivent des tendances similaires, mais à des niveaux différents. Par exemple, la part de personnes en formation a augmenté de quelques points de pourcentage tant parmi les personnes avec ou sans consommation d'alcool ou de tabac à risque, tout comme la part de personnes en recherche d'emploi.

Figure 6: Employabilité des personnes avec consommation à risque ou problématique d'alcool (ESS & act-info ; 2007-2017)



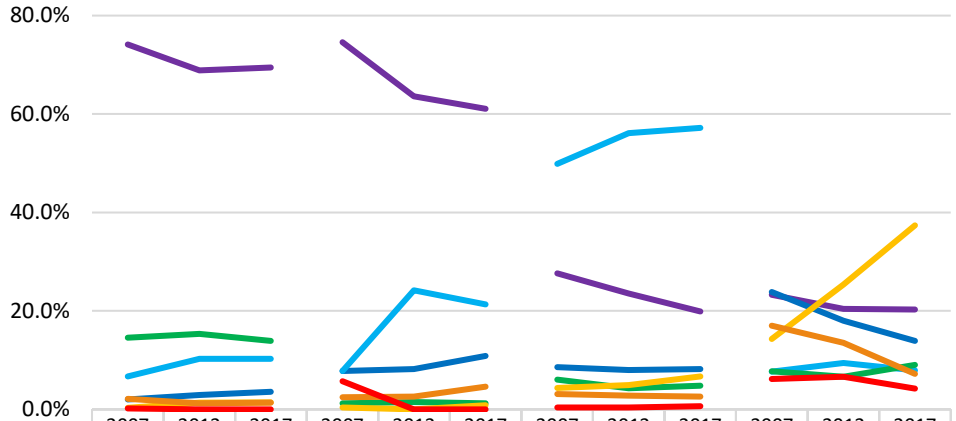
	Population générale*			Population générale			Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	Abstinents ou Risque faible			Usage à risque ou problématique								
	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
En emploi	64.3%	62.2%	62.9%	74.7%	66.3%	66.5%	51.8%	52.7%	53.4%	35.1%	37.1%	34.4%
En recherche d'emploi	1.8%	2.6%	3.2%	2.3%	3.2%	3.6%	16.0%	14.3%	12.4%	23.8%	21.1%	15.2%
En formation	5.8%	8.3%	8.5%	7.5%	16.5%	13.7%	2.6%	2.7%	2.7%	0.9%	1.0%	1.2%
Rentier (AVS), au foyer	25.3%	24.4%	22.7%	13.2%	12.3%	13.7%	10.2%	11.4%	11.8%	11.6%	11.4%	13.5%
Aide sociale	0.2%	1.2%	1.2%	0.6%	1.1%	1.7%	8.2%	9.9%	11.6%	12.1%	16.9%	25.2%
Ass. invalidité, accident	2.4%	1.3%	1.4%	1.1%	0.5%	0.8%	10.9%	8.9%	7.6%	14.4%	10.5%	9.0%
Inactif, autre	0.2%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.2%	0.3%	0.4%	2.0%	2.1%	1.7%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 49'717 (population générale*), 9'049 (population générale), 27'351 (Ambulatoire), 11'254 (Résidentiel).

En ce qui concerne les personnes admises en traitements ambulatoire et résidentiel, deux tendances principales sont observables sur l'ensemble des substances ou comportements étudiés, à savoir une diminution de la part des personnes en recherche d'emploi et de bénéficiaires de l'assurance invalidité, alors que celle de bénéficiaires de l'aide sociale a fortement augmenté.

Par ailleurs, on observe que parmi les usager·ère·s à risque de cannabis, la part de personnes en formation a augmenté alors que la part de personnes en emploi a diminué (Figure 3). Ce phénomène peut être mis en lien avec l'augmentation de la prévalence d'usage de cannabis parmi les 15 à 19 ans dans la population générale (Observatoire suisse de la santé, 2019). Pour le reste, les tendances sont plutôt stables.

Figure 7: Employabilité des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (ESS & act-info ; 2007-2017)



	Population générale*			Population générale			Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Abstinents ou Risque faible			Usage à risque ou problématique								
En emploi	74.2%	68.9%	69.5%	74.6%	63.6%	61.1%	27.7%	23.5%	19.9%	23.3%	20.4%	20.3%
En recherche d'emploi	2.0%	2.9%	3.6%	7.8%	8.2%	10.9%	8.6%	8.0%	8.2%	23.8%	18.0%	13.9%
En formation	6.7%	10.3%	10.3%	7.8%	24.2%	21.3%	49.9%	56.1%	57.2%	7.7%	9.5%	7.9%
Rentier (AVS), au foyer	14.5%	15.3%	13.9%	1.2%	1.5%	1.3%	6.0%	4.3%	4.8%	7.7%	6.6%	9.0%
Aide sociale	0.3%	1.4%	1.4%	0.4%	0.0%	0.8%	4.4%	4.9%	6.7%	14.3%	25.4%	37.4%
Ass. Invalidité, accident	2.1%	1.2%	1.4%	2.5%	2.6%	4.6%	3.1%	2.8%	2.6%	17.0%	13.5%	7.2%
Inactif, autre	0.2%	0.0%	0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	0.4%	0.4%	0.6%	6.2%	6.6%	4.2%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 52'299 (population générale*), 755 (population générale), 7'060 (Ambulatoire), 634 (Résidentiel)

4.2.3 Situation de logement

4.2.3.1 Situation en 2017, par type de population

La Figure 8 offre un aperçu général de la distribution de la situation de logement des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent, par substance et type de population. Les données numériques sont présentées dans la Table A7 en annexe. Nous rappelons que pour ces analyses, les données de l'Enquête Suisse sur la Santé ne peuvent pas être utilisée vu que l'échantillonnage est justement basé sur la population vivant en ménage privé, ce qui correspond à la notion de logement stable utilisée ici en contraste avec une situation qualifiée d'instable.

Les résultats des trois groupes d'usager·ère·s à risques ou problématiques de substances ou de jeu de hasard reflètent des situations de logements différentes, montrant une augmentation de la part de personnes en situation de logement instable en fonction de la sévérité des problématiques d'addiction et/ou de marginalisation sociale. Ainsi, la part de personnes en situation de logement instable varie entre 1.7% et 4.7% selon les substances ou comportements parmi les personnes admises en traitement ambulatoire (hormis 8.5% pour les opioïdes), elle varie entre 7.4% et 11.5% parmi les personnes admises en traitement résidentiel (hormis 26.7% pour le jeu) et elle varie entre 13.7% et 20.4% parmi les personnes marginalisées.

Les plus hauts taux de personnes en situation de logement stable sont observables dans les statistiques de traitements ambulatoires, les plus hauts taux de personnes résidant en institution dans les statistiques de traitements résidentiels (même si la question se réfère à la période avant le début du traitement), et les plus hauts taux de personnes en situation de vie instable parmi les personnes marginalisées de l'enquête Public Spaces.

Quelques particularités propres à l'une ou l'autre substance sont toutefois observables. En particulier, près d'un quart des personnes entrant en traitement résidentiel pour un problème de jeu de hasard et d'argent vivaient en situation de logement instable, soit 3 à 4 fois plus que pour les autres substances. Ce résultat met en lumière la paupérisation et la précarité liées à l'addiction à long terme aux jeux de hasard et d'argent, qui s'observent notamment par la perte d'un logement stable.

Par ailleurs, on peut observer que la part de personnes ayant un logement stable tend à être légèrement supérieure parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de cocaïne et dérivés que pour les autres substances illicites.

Figure 8: Situation de logement des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (act-info 2017, Public Spaces 2008)

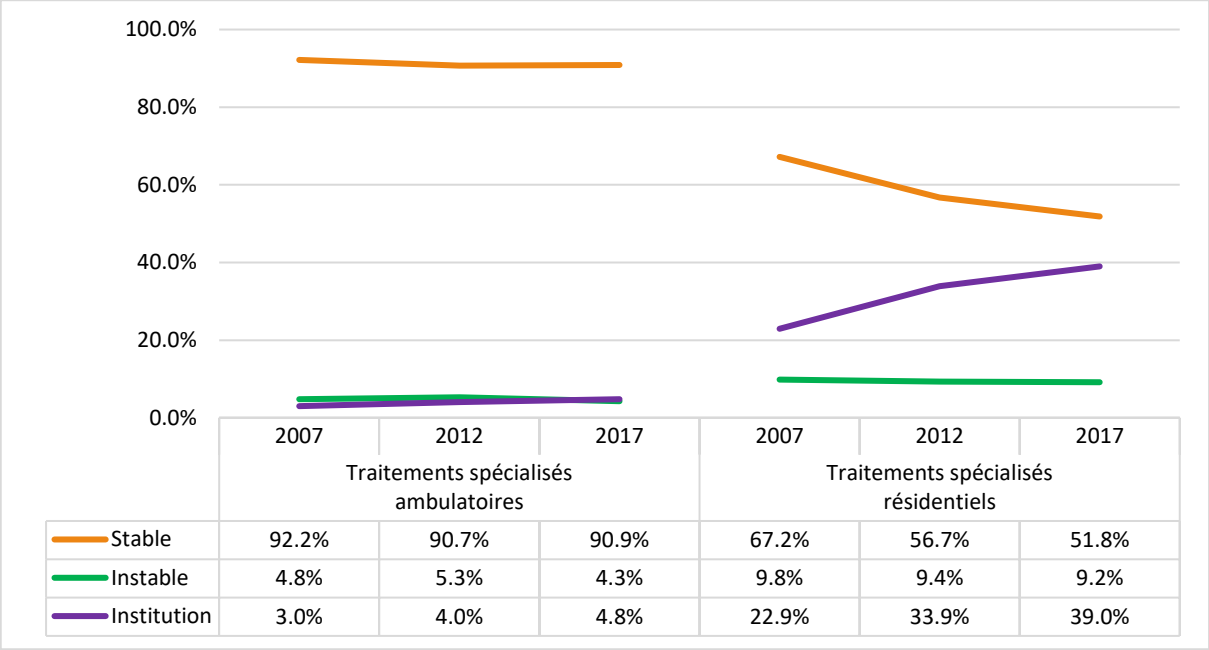
Note : Données numériques (pourcentages et N) disponibles dans la Table A7 dans les annexes ;
* Estimation pour la population générale (sources indiquées au Chapitre 3.1.3).
Source de données : act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées)

4.2.3.2 Tendances 2007 - 2017

Les Figures 9 et 10 ci-dessous, ainsi que les Figure A7 à A9 dans les annexes présentent l'évolution de la distribution du niveau de formation des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives entre 2007 et 2017.

Au niveau de l'évolution entre 2007 et 2017, très peu de variations sont observables au niveau de la situation de logement des personnes entrant en traitement ambulatoire. En revanche, la part de personnes avec un lieu de vie stable a sensiblement diminué parmi les personnes entrant en traitement résidentiel (entre -16 points de % et -19 points de % selon la substance, hormis l'alcool ; p.ex. Figure 10), compensée par une augmentation importante de la part de personnes résidant en institution (entre +15 points de % et +17 points de %).

Figure 9: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique de tabac (act-info 2007-2017)

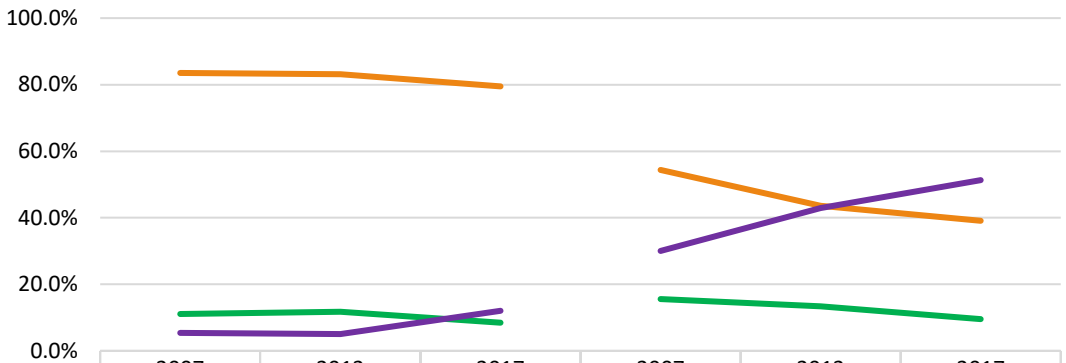


	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017
Stable	92.2%	90.7%	90.9%	67.2%	56.7%	51.8%
Instable	4.8%	5.3%	4.3%	9.8%	9.4%	9.2%
Institution	3.0%	4.0%	4.8%	22.9%	33.9%	39.0%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 1'023 (Ambulatoire), 87 (Résidentiel).

On peut toutefois noter que la part de personnes en situation de logement instable a légèrement diminué tant parmi les personnes entrant en traitement ambulatoire que résidentiel (voir p.ex. Figure 11 et Annexes). Dans une évaluation des résultats de ProMeDro III en 2008, Gervasoni et Dubois-Arber notaient que « la situation sociale des consommateurs de drogue s'est améliorée du point de vue du logement » (Gervasoni & Dubois-Arber, 2009, p. 17). On peut ainsi supposer que la situation s'est encore légèrement améliorée, ou stabilisée, depuis lors.

Figure 10: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017
		Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels	
Stable	83.5%	83.1%	79.5%	54.4%	43.6%	39.1%
Instable	11.1%	11.8%	8.5%	15.6%	13.4%	9.6%
Institution	5.4%	5.1%	12.0%	30.1%	42.9%	51.3%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 2'702 (Ambulatoire), 2'084 (Résidentiel).

4.2.4 Isolement social

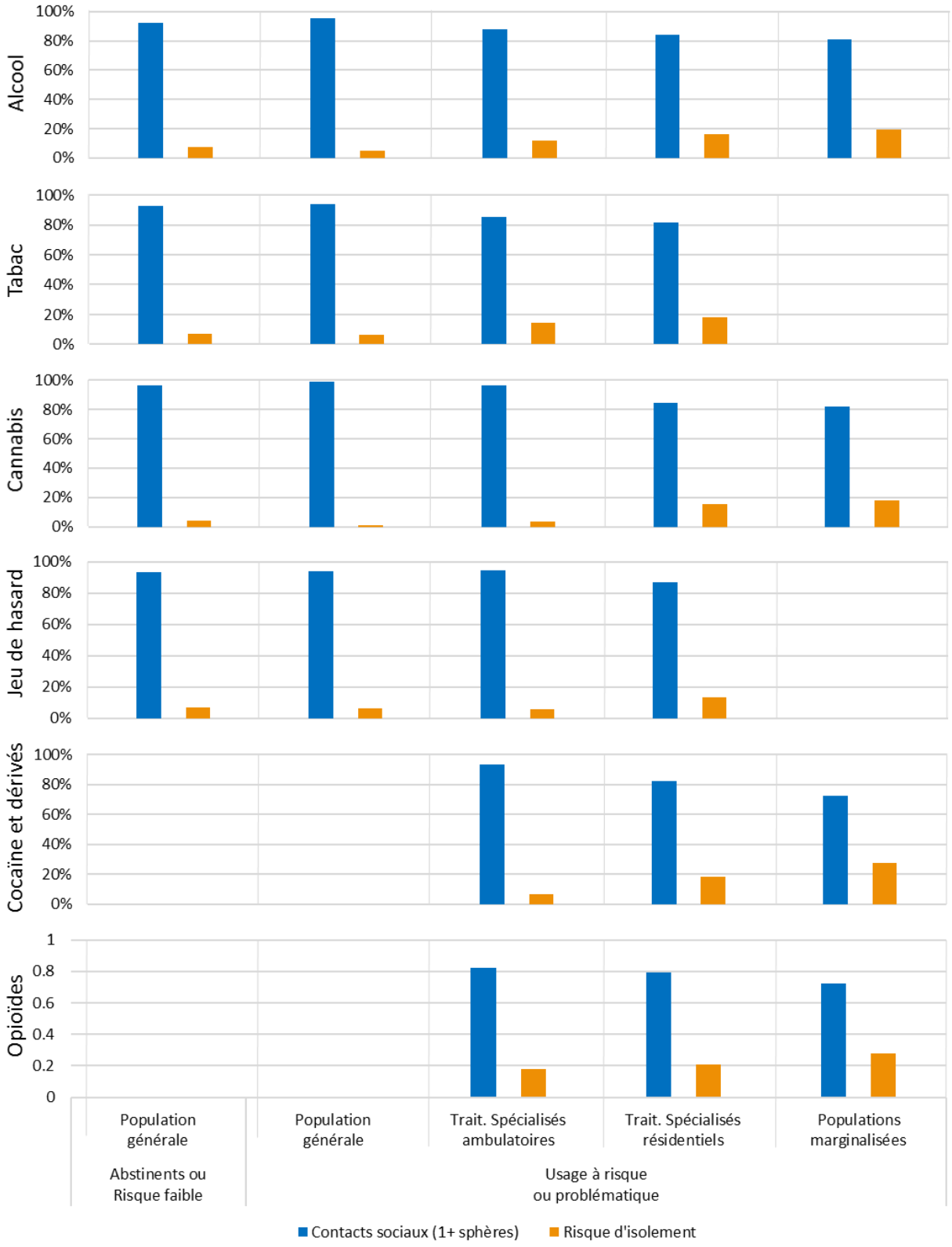
4.2.4.1 Situation en 2017, par type de population

La Figure 11 offre un aperçu général de la variabilité de la part d'usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en situation d'isolement social, par substance et type de population. Les données numériques sont présentées dans la Table A8 dans les annexes.

Les résultats des quatre types de populations observées reflètent un accroissement de la part d'usager·ère·s de substance psychoactives ou de jeu de hasard en situation d'isolement social, en fonction de la sévérité de leurs problématiques d'addiction et/ou de marginalisation sociale. On observe ainsi que le taux d'isolement est nettement plus bas parmi les usager·ère·s à risque de substance ou de jeu de hasard dans la population générale, et ce pour toutes les substances analysées, que parmi les personnes admises en traitements spécialisés. En ce qui concerne les admissions en traitement ambulatoire, on observe un taux d'isolement social plus bas parmi les personnes avec un problème principal de cannabis, de jeu de hasard ou de cocaïne et dérivés (3 à 7%), que celles avec un problème d'alcool, de tabac ou d'opioïdes (12 à 18%). En revanche, des taux sensiblement plus élevés (13 à 21%) sont observables parmi les personnes entrant en traitement résidentiel, quel que soit le type de problème principal. Finalement, des taux d'isolement social encore plus élevés (18 à 28%) peuvent être constatés parmi les personnes marginalisées.

Au niveau de la population générale, on observe que les personnes avec un usage à risque de substances ou de jeu de hasard sont légèrement moins nombreuses à vivre en situation d'isolement social que le reste de la population (p.ex. 1% vs 4% pour le cannabis). Ce résultat suggère une relation non-linéaire entre le l'isolement social et l'usage à risque de substance à des intensités non- ou faiblement problématiques (ou du moins pas suffisamment problématique pour nécessiter une prise en charge spécialisée). Cependant, d'autres facteurs, telle qu'une proportion plus élevée de personnes âgées dans la population générale peuvent être impliqués ici.

Figure 11: Part d'usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard en situation d'isolement social, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008)



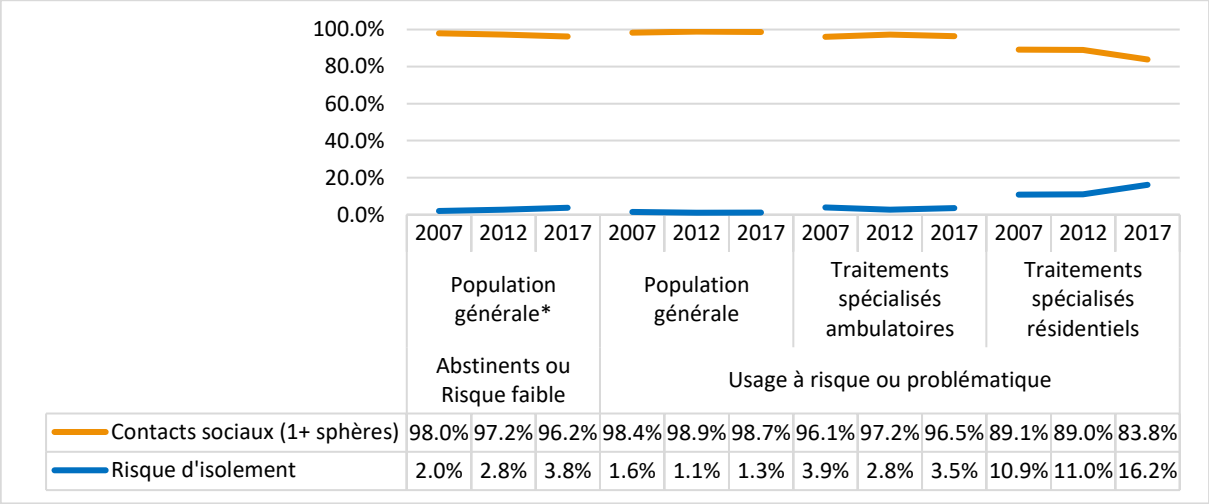
Note : Données numériques (pourcentages et N) disponibles dans la Table A8 dans les annexes. Source de données : ESS (population générale), act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées)

4.2.4.2 Tendances 2007 - 2017

La Figure 12 ci-dessous, ainsi que les Figure A10 à A13 dans les annexes présentent l'évolution de la part d'usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives en situation d'isolement social entre 2007 et 2017.

Les résultats suggèrent une stagnation ou une légère augmentation de la part de personnes potentiellement isolées socialement, autant dans la population générale sans usage à risque de substances que dans les sous-groupes d'usager·ère·s à risques ou problématiques de substances. En revanche, on observe une augmentation soutenue du taux de personnes potentiellement isolées socialement (environ 1.5 fois plus) parmi les personnes entrant en traitement résidentiels pour toutes les substances examinées.

Figure 12: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
Contacts sociaux (1+ sphères)	98.0%	97.2%	96.2%	98.4%	98.9%	98.7%	96.1%	97.2%	96.5%	89.1%	89.0%	83.8%
Risque d'isolement	2.0%	2.8%	3.8%	1.6%	1.1%	1.3%	3.9%	2.8%	3.5%	10.9%	11.0%	16.2%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 52'269 (population générale*), 752 (population générale), 6'754 (Ambulatoire), 622 (Résidentiel).

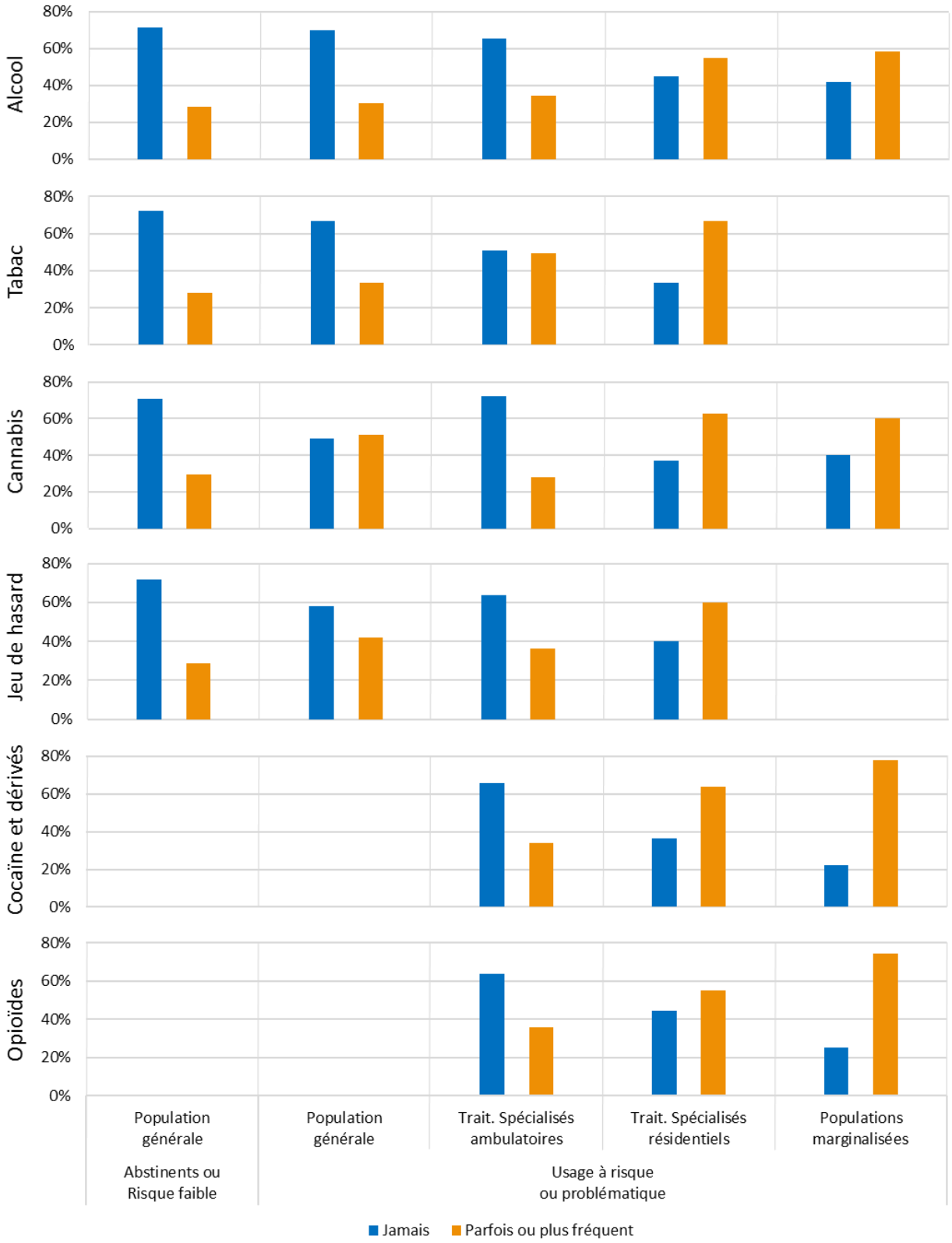
4.2.5 Santé psychique : auto-dévalorisation

4.2.5.1 Situation en 2017, par type de population

La Figure 13 offre un aperçu général de la variabilité de la part d'usager·ère·s à risque ou problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent ressentant parfois ou plus fréquemment un sentiment d'auto-dévalorisation, par substance et type de population. Les données numériques sont présentées dans la Table A9 dans les annexes.

Les résultats des quatre types de populations observées reflètent un accroissement de la part d'usager·ère·s de substance psychoactives ou de jeu de hasard ressentant un sentiment d'auto-dévalorisation, en fonction de la sévérité de leurs problématiques d'addiction et/ou de marginalisation sociale. Au niveau de la population générale, les résultats montrent qu'environ 28% des personnes abstinentes ou non à risque ressentent parfois ou plus fréquemment un sentiment d'auto-dévalorisation. Parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard, des taux légèrement plus élevés ne sont observables que pour l'alcool (30.3%) au sein de la population générale et pour le cannabis parmi les usager·ère·s de cannabis admis en traitement ambulatoire (27.7%). Dans tous les autres cas, la différence est plus marquée. On observe ainsi une différence importante entre les usager·ère·s non à risque et à risque de jeu de hasard (+13 points de %) et de cannabis (+22 points de %) dans la population générale.

Figure 13: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008)



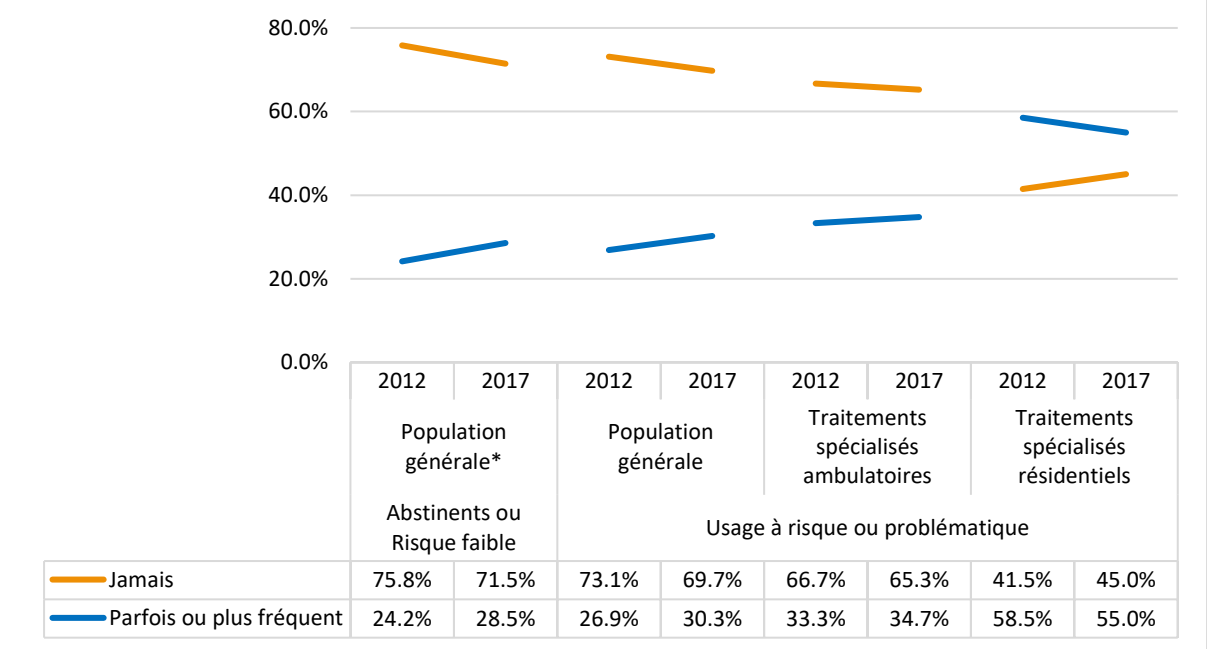
Note : Données numériques (pourcentages et N) disponibles dans la Table A9 dans les annexes ; Source de données : ESS (population générale), act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées).

En ce qui concerne les admissions en traitement, entre un tiers (p.ex. 34.0% pour la cocaïne) et la moitié (p.ex. 49.4% pour le tabac) des personnes entrant en traitement ambulatoire déclarent souffrir d'auto-dévalorisation, quelles que soient la substance ou le comportement examiné. Ce taux est encore plus élevé parmi les personnes entrant en traitement résidentiel, vu que plus de la moitié (54.9% pour l'alcool), voire deux tiers (66.7% pour le tabac) d'entre elles, disent souffrir d'auto-dévalorisation. Par ailleurs, environ la même proportion de personnes marginalisées dit souffrir d'un tel sentiment, hormis les usager·ère·s d'héroïne ou de cocaïne, parmi lesquels ce sentiment avoisine les trois quarts.

4.2.5.2 Tendances 2012 - 2017

La Figure 14 ci-dessous, ainsi que les Figure A14 à A17 dans les annexes présentent l'évolution de la part d'usager·ère·s à risque ou problématiques de substances souffrant d'auto-dévalorisation entre 2012 et 2017. Les résultats suggèrent une légère augmentation de la part de personnes souffrant d'auto-dévalorisation, autant dans la population générale sans usage à risque de substances que dans les sous-groupes d'usager·ère·s à risques ou problématiques de substances. En revanche, on observe une légère diminution de ce sentiment auprès des personnes entrant en traitement résidentiel pour un problème principal d'usage d'alcool, de cannabis ou de cocaïne. Il se pourrait ainsi que, de manière relative au reste de la population, le sentiment d'auto-dévalorisation diminue tendanciellement parmi les personnes en traitement résidentiel. Il faut toutefois noter que les N sont généralement assez faibles, ce qui empêche de tirer des conclusions définitives en la matière.

Figure 14: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique d'alcool (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
	Population générale*		Population générale		Traitements spécialisés ambulatoires		Traitements spécialisés résidentiels	
	Abstinents ou Risque faible		Usage à risque ou problématique					
Jamais	75.8%	71.5%	73.1%	69.7%	66.7%	65.3%	41.5%	45.0%
Parfois ou plus fréquent	24.2%	28.5%	26.9%	30.3%	33.3%	34.7%	58.5%	55.0%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 29'966 (population générale*), 5'739 (population générale), 2'684 (Ambulatoire), 3'763 (Résidentiel).

5. Synthèse des résultats et tendances

Après avoir analysé l'étendue, la diversité, et l'évolution des situations sociales des personnes concernées sur l'ensemble des données à disposition (Chapitre 4), ce chapitre présente l'approche analytique et les résultats relatifs à la dernière question de recherche :

- identifier la ou les sources de données et élaborer une méthode de calcul, permettant de représenter de manière synthétique la situation sociale des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard, en vue de son intégration dans le MonAM (Q5).

5.1 Identification des sources de données pertinentes

Le processus de synthèse prend en considération les caractéristiques suivantes de chaque source de données :

- la capacité à représenter fidèlement les résultats saillants en 2017 et les tendances depuis 2007 ;
- la capacité à représenter les particularités propres aux usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard, en comparaison de la population générale « de base » non à risque ;
- la capacité à fournir des données fiables sur l'ensemble des indicateurs et substances ou comportements sélectionnés ;
- le nombre d'observations par année d'enquête, afin de garantir un N suffisant dans les sous-groupes peu prévalents ;
- la capacité à fournir des données compatibles rétrospectivement et prospectivement (pour le futur).

Sur la base de ces critères, et au vu des résultats présentés au Chapitre 4, il apparaît que l'Enquête Suisse sur la Santé comporte quelques limitations par rapport aux populations visées par cette étude, car elle privilégie les questions de santé qui se posent dans la population générale et n'aborde que marginalement les problèmes spécifiques des personnes souffrant d'addictions. Ainsi, l'ESS exclut de son échantillonnage les personnes vivant en situation de logement instable ou en institution. Par ailleurs, elle ne fournit des données sur la fréquence d'usage hebdomadaire de substances illicites que pour le cannabis. Le questionnaire de l'ESS évolue également d'une enquête à l'autre en fonction des avancées scientifiques, et une stricte équivalence des indicateurs n'est pas toujours assurée ; c'est notamment le cas pour le seuil de consommation épisodique d'alcool qui a varié entre 4 et 6 boissons par occasion selon les années d'enquêtes (Office fédéral de la statistique (OFS), 2019) et la formulation des questions sur le jeu pathologique (Dey & Haug, 2019), Ainsi, des changements ne sont pas non plus exclus à l'avenir, ce qui ne permet pas de garantir l'entière compatibilité des prochaines enquêtes en 2022 ou 2027. Finalement, les seuils de risque tels qu'ils sont définis pour la population générale sont relativement bas et ne permettent pas d'identifier clairement les particularités propres aux usager·ère·s à risques ou problématique de substances ou de jeu de hasard, en comparaison de la population générale « de base » non à risque ; on constate, par exemple, que la distribution du niveau de formation est quasiment identique entre les usager·ère·s à risque et non à risque d'alcool dans l'ESS (p.ex. Figure 5). En cela, l'ESS constitue plutôt une excellente base pour représenter la population générale non à risque ou à faible risque.

En revanche, les données collectées par le monitorage act-*info* répondent de manière satisfaisante à la plupart des critères retenus pour cette étude, car elles ciblent par définition les personnes touchées par une problématique d'addiction et fournissent un grand nombre d'observations, quel que soit le type de substance ou comportement étudié. Les limitations sont ici d'un autre ordre, le taux de couverture étant incomplet car la participation des institutions est dans la plupart des cas facultative. Il apparait cependant que 1) les résultats de la statistique des traitements ambulatoires partagent de nombreuses similarités avec les

résultats de la population générale dépassant les seuils de risque pour la santé et reflètent ainsi la situation sociale de personnes avec des problématiques souvent assez légères ; et que 2) les résultats de la statistique des traitements résidentiels partagent de nombreuses similarités avec les personnes marginalisées, et reflètent ainsi la situation sociale de personnes avec des problématiques plus lourdes. Il semble ainsi que la meilleure représentation des personnes concernées par un problème d'addiction se trouve quelque part entre les résultats du secteur ambulatoire et les résultats du secteur résidentiel.

5.2 Méthodologie d'agrégation

Compte tenu du déséquilibre du nombre annuel d'admissions entre les secteurs de traitement ambulatoire et résidentiel (respectivement 25'129 et 11'802 en 2018, voir Tableau 3 de: Maffli et al., 2020), il est important de pondérer les résultats de chaque secteur. Par ailleurs, étant donné que toutes les institutions ne participent pas au monitorage act-*info* (voir Table A2 dans les annexes) il est également nécessaire de tenir compte du degré de couverture relatif à chaque type de substance ou comportement dans le calcul de la pondération. Malheureusement le monitorage act-*info* n'a pas fait de pointage systématique chaque année du nombre d'admissions en traitement auprès de l'ensemble des institutions de traitement spécialisées, y compris celles ne participant pas au monitorage. Nous avons ainsi utilisé les données d'extrapolation disponibles les plus proches des années retenues pour nos analyses, à savoir 2018 (voir Tableau 4 de: Maffli et al., 2020), 2014 (voir page 16 de: Delgrande Jordan et al., 2016) et 2006 (voir page 16 de: Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2008).

Dans un premier temps, nous avons calculé un coefficient de pondération permettant d'ajuster la prévalence d'admissions selon le type de substances (voir Table A3 dans les annexes) sur la base des données de 2018, qui fournit un pointage détaillé du nombre d'admissions par types de substance. Dans un deuxième temps, nous avons calculé un coefficient de pondération permettant d'ajuster la prévalence d'admissions selon le type de traitement (p.ex. les institutions participantes documentent environ un cinquième de toutes les admissions en traitement ambulatoire et un sixième des admissions en traitement résidentiel pour la cocaïne et dérivés analogues). La multiplication des deux coefficients permet ainsi d'extrapoler le nombre d'admissions documentées par les institutions participantes pour chaque type de problème principal, à l'ensemble des institutions spécialisées.

La méthodologie d'agrégation, visant à combiner et pondérer les données des institutions ambulatoires et résidentielles, a été spontanément proposée par l'un des experts de terrain (voir chapitre 5.3). La pondération des résultats selon le type de problème principal et le type de traitement permet par ailleurs de rendre compte à la fois de la grande diversité des profils des personnes admises en traitement ambulatoire, et des profils particuliers des personnes admises en traitement résidentiel, notamment en termes de précarité et de marginalisation sociale. Ils ont également confirmé que les résultats obtenus correspondaient à réalité de leur institution.

5.3 Approfondissements avec deux experts de terrain

Les résultats saillants pour 2017, ainsi que les tendances sur 10 ans, ont été présentés à deux intervenants expérimentés, actifs dans les domaines de traitement ambulatoire et résidentiel (Cédric Fazan, directeur du Tremplin à Fribourg, et Patrik Dörflinger, responsable du conseil en addictions de la Fachstelle für Gesundheitsförderung, Prävention und Suchtberatung à Schaffhouse) dans le cadre d'un entretien d'environ une heure. Ces deux intervenants ont été choisis car ils travaillent dans des institutions qui proposent des suivis ambulatoires et résidentiels pour de très nombreux types de substances et comportements addictifs et car ils représentent différentes sensibilités régionales, l'un travaillant en Suisse

romande et l'autre en Suisse alémanique.Les buts de ces entretiens étaient de confronter les résultats à leurs expériences de terrain et d'élaborer des pistes explicatives. Les éclairages fournis par ces entretiens sont présentés à la suite des résultats pour chaque substance ou comportement.

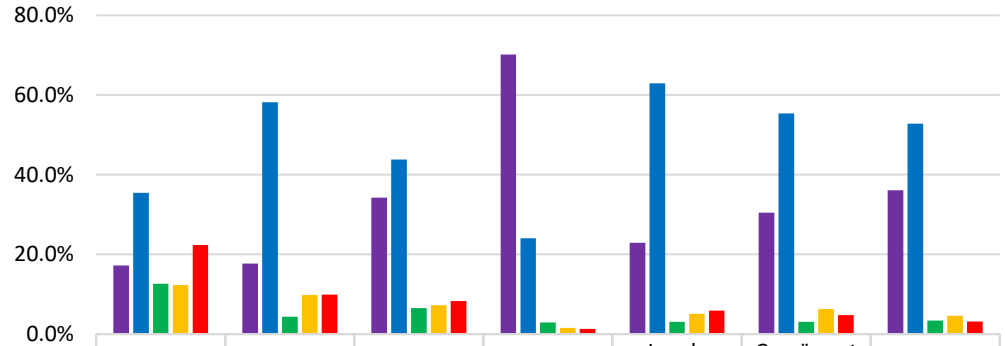
5.4 Résultats

5.4.1 Niveau de formation

La Figure 15 présente la synthèse des résultats pondérés des secteurs de traitement ambulatoires et résidentiels. On y retrouve les résultats saillants identifiés sur l'ensemble des données (Chapitre 4.2.1), tant au niveau des différences par rapport à la population générale qu'au niveau des particularités propres à chaque substance ou comportement.

Ainsi, et ce pour l'ensemble des substances ou comportements, on observe des parts nettement plus élevées de personnes n'ayant fini que l'école obligatoire (1.4 à 4.1 fois plus, hormis l'alcool) ou un apprentissage (1.2 à 1.8 fois plus, hormis le cannabis) parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de substance ou de jeu de hasard, en comparaison de la population générale. Par ailleurs, la part de personnes au bénéfice d'une formation tertiaire est sensiblement plus élevée parmi les usager·ère·s problématiques d'alcool (19.7%) et de tabac (15.5%) que pour les autres substances. Elle reste toutefois nettement inférieure au niveau de la population générale.

Figure 15: Niveau de formation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS 2017, act-info 2017)



	Population générale*	Usage problématique					
		Alcool	Tabac	Cannabis	Jeu de hasard	Cocaïne et dérivés	Opioïdes
Scolarité obligatoire	17.2%	17.7%	34.2%	70.2%	22.9%	30.5%	36.1%
Secondaire: prof.	35.5%	58.2%	43.8%	24.1%	62.9%	55.4%	52.8%
Secondaire: général	12.6%	4.4%	6.5%	2.9%	3.1%	3.1%	3.4%
Tertiaire: prof. sup.	12.3%	9.8%	7.2%	1.6%	5.1%	6.3%	4.6%
Tertiaire: HES, UNI	22.4%	9.9%	8.3%	1.3%	5.9%	4.7%	3.1%

Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé, y.c. ceux dépassant un seuil d'usage à risque.
Voir Table A6 dans les annexes pour le détail de la répartition par sexe et âge.

En outre, la part de personnes n'ayant fini que la scolarité obligatoire est particulièrement importante parmi les personnes avec un usage problématique de cannabis. Ce phénomène s'explique par l'attrait particulier pour cette substance chez les jeunes de moins de 24 ans

(Gmel et al., 2018; Maffli et al., 2020) qui n'ont, de ce fait, pas encore fini de formation secondaire.

> *Commentaires des intervenants de terrain :*
> *Les personnes avec un niveau de formation élémentaire se sentent souvent déconsidérées ou privées d'opportunités auxquelles elles ont droit, de sorte que l'attrait de gagner rapidement de l'argent grâce aux jeux de hasard, ou la fuite vers l'usage de substances, sont une forme d'adaptation.*

La Table A10 dans les annexes montre le détail de la répartition de la Figure 15 par sexe et par groupe d'âge. On observe que les hommes sont nettement surreprésentés parmi les personnes avec un usage problématique, quel que soit le type de substances ou comportements (70.1% pour l'alcool, 60.2% pour le tabac, 81.2% pour le cannabis, 90.1% pour le jeu de hasard, 79.4% pour la cocaïne et dérivés, et 75.8% pour les opioïdes). Dans l'ensemble, peu de variations sont observables entre les hommes et les femmes.

En ce qui concerne les groupes d'âge, le plus représenté est celui des adultes (30-64 ans) pour la majorité des substances et comportements, à l'exception du cannabis, pour lequel le groupe d'âge le plus important est les celui des adolescent·e·s et jeunes adultes (80.3% de personnes de 15 à 29 ans). L'âge médian des usager·ère·s problématiques de cannabis étant de 18 ans, ceci explique pourquoi près de 70% des usager·ère·s problématiques de cannabis n'ont terminé que la scolarité obligatoire car ils ou elles n'ont, pour la plupart, pas encore fini de formation secondaire.
En ce concerne les autres substances ou comportements, quelques particularités sont observables chez les séniors (65 ans et plus) en comparaison des autres groupes d'âges. On peut notamment remarquer une surreprésentation des personnes avec une formation professionnelle (secondaire ou tertiaire) parmi les séniors avec un usage problématique de jeu de hasard, de tabac et d'alcool. Les résultats concernant les adolescent·e·s et jeunes adultes sont plus difficiles à interpréter car le niveau de formation dépend en partie de l'âge dans ce groupe d'âge.

Au niveau des tendances (Figure A18 dans les annexes), on observe que la distribution du niveau de formation est restée relativement stable entre 2007 et 2017 pour la plupart des groupes d'usager·ère·s de substances ou de jeu de hasard. En revanche, cette distribution a sensiblement évolué dans la population générale. Par exemple, la diminution de la part de personnes au bénéfice d'une formation secondaire professionnelle entre 2007 et 2017 est moins importante parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard que dans la population générale (entre -4.1 et +4.7 points de %, contre -21.0 points de %). Cela signifie donc une augmentation relative (ou un renforcement) de cette tranche de la population parmi les usager·ère·s de substances, y compris parmi les usager·ère·s de cannabis.

Le renforcement de la surreprésentation des personnes avec un faible niveau de formation et, en parallèle, de la sous-représentation des personnes avec un niveau de formation tertiaire parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard est liée à différents facteurs. Premièrement, on constate une augmentation du niveau de formation moyen dans la population générale. Il y a ainsi plus de concurrence pour des emplois peu qualifiés, ce qui constitue une entrave à la réinsertion des usager·ère·s, actuel·le·s ou ancien·ne·s, de substances ou de jeu de hasard qui sont sorti·e·s du marché de l'emploi. Deuxièmement, ces résultats suggèrent qu'entreprendre un traitement ambulatoire ou résidentiel pour un problème d'addiction est socialement mieux accepté ou soutenu pour les personnes avec une formation élémentaire ou secondaire que des formations de degré tertiaire. Finalement, les personnes ayant un niveau de formation plus élevé bénéficient souvent de meilleures ressources financières ou assurancielles, de sorte qu'elles peuvent utiliser des offres privées qui ne sont pas incluses dans les statistiques act-*info* (Gmel et al., 2018).

Commentaires des intervenants de terrain :
Une partie des prises en charge pour un usage problématique de substances ont lieu dans des institutions privées auxquelles les personnes plus fortunées ont accès grâce à la souscription de police d'assurance maladie complémentaire, ce qui n'est pas le cas des personnes précarisées. Il est donc probable que les données du monitorage act-info sous-estiment la part de personnes avec des formations de niveau tertiaire si ces institutions n'y participent pas.
Même si les deux intervenants confirment que l'essentiel de la patientèle de leurs institutionsd a un faible niveau de formation, ils observent toutefois que la part de personnes qui se retrouvent au chômage 10 ans ou moins avant la retraite tend à augmenter, même parmi les personnes avec un haut niveau de formation.

5.4.2 Employabilité

La Figure 16 présente la synthèse des résultats pondérés des secteurs de traitement ambulatoires et résidentiels. On y retrouve les résultats saillants identifiés sur l'ensemble des données (Chapitre 4.2.2), tant au niveau des différences par rapport à la population générale, qu'au niveau des particularités propres à chaque substance ou comportement.

Ainsi, et ce pour l'ensemble des substances ou comportements, on observe des parts nettement plus élevées de personnes en situation de travail instable ou évoluant en marge du monde du travail, en particulier en recherche d'emploi (2 à 6 fois plus), à l'aide sociale (6 à 28 fois plus) ou à l'assurance invalidité/maladie (3 à 11 fois plus) parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de substance ou de jeu de hasard, en comparaison de la population générale.

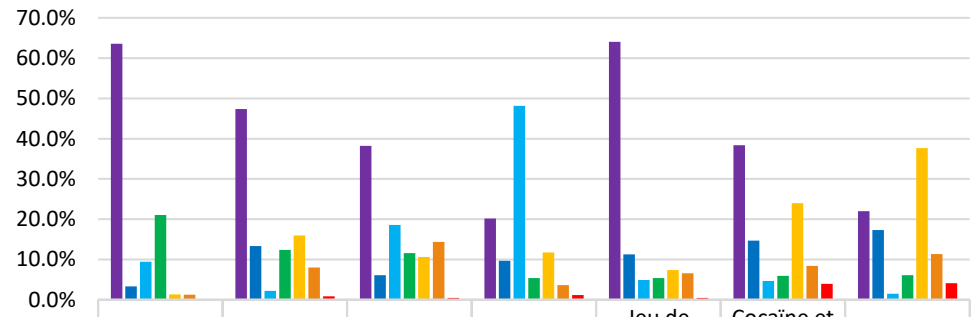
On observe également quelques particularités distinctives pour chacune des substances, comme par exemple des parts particulièrement élevées de personnes en formation parmi les usager·ère·s problématiques de cannabis (cf. Chapitre 4.2.1), de personnes en emploi parmi les usager·ère·s problématiques de jeu de hasard, d'alcool et de tabac, ou encore de bénéficiaires de l'aide sociale parmi les usager·ère·s problématiques de cocaïne et d'opioïdes.

Commentaire des intervenants de terrain :
La part élevée de personnes en emploi parmi les usager·ère·s d'alcool et de tabac pourrait être expliquée par des facteurs inhérents au monde du travail, tels que la sociabilisation autour de quelques verres après le travail ou la routinisation de la pause-cigarette pour entrecouper les sessions de travail.

La consommation de cannabis est tendance chez certains adolescents qui commencent à fumer du cannabis souvent dès l'école secondaire. C'est lors de la transition vers l'apprentissage que le cannabis devient un problème et qu'il est détecté comme tel.

La cocaïne tend à être communément consommée dans les métiers de la restauration (p.ex. boulangerie, cuisine, etc.) qui doivent être très efficaces et productifs sur des périodes assez courtes (p.ex. le « coup de feu » de midi en restauration). Certains usager·ère·s de cocaïne ont parfois un très haut niveau de formation. Il n'est donc pas étonnant de retrouver une forte proportion de personnes en emploi parmi les usager·ère·s problématiques de cette substance. En revanche, des substances comme l'alcool et les opioïdes ont un effet sédatif et sont plus communément consommées pour faire passer le temps et oublier ses malheurs et conviennent ainsi mieux aux personnes désœuvrées. Par ailleurs, un usage occasionnel de cocaïne est socialement mieux toléré que celui d'opioïdes, auquel colle toujours le cliché de drogue sale, et sera moins sanctionné par un employeur.

Figure 16: Employabilité dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (2017)



	Population générale*	Usage problématique					
		Alcool	Tabac	Cannabis	Jeu de hasard	Cocaïne et dérivés	Opioïdes
En emploi	63.6%	47.3%	38.2%	20.2%	64.1%	38.4%	22.0%
En recherche d'emploi	3.3%	13.3%	6.1%	9.7%	11.2%	14.6%	17.3%
En formation	9.4%	2.2%	18.6%	48.2%	4.9%	4.6%	1.5%
Rentier (AVS), au foyer	21.1%	12.4%	11.6%	5.4%	5.4%	5.9%	6.1%
Aide sociale	1.3%	15.9%	10.7%	11.8%	7.3%	24.0%	37.6%
Ass. invalidité, accident	1.3%	8.0%	14.4%	3.7%	6.6%	8.4%	11.3%
Inactif, autre	0.0%	0.8%	0.5%	1.2%	0.5%	4.0%	4.2%

Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé, y.c. ceux dépassant un seuil d'usage à risque.

La Table A11 dans les annexes montre le détail de la répartition de la Figure 16 par sexe et par groupe d'âge. On observe que les hommes sont nettement surreprésentés parmi les personnes avec un usage problématique, quel que soit le type de substances ou comportements (70.1% pour l'alcool, 60.2% pour le tabac, 81.2% pour le cannabis, 90.1% pour le jeu de hasard, 79.4% pour la cocaïne et dérivés, et 75.8% pour les opioïdes). Dans l'ensemble, peu de variations sont notables entre les hommes et les femmes, à l'exception d'une surreprésentation de femmes au foyer (2 fois plus que les hommes) et de bénéficiaires de l'assurance invalidité (3.5 fois plus) parmi les femmes avec un usage problématique de jeu de hasard et d'argent.

En ce qui concerne les groupes d'âge, le plus représenté est celui des adultes (30-64 ans) pour la majorité des substances et comportement, à l'exception du cannabis, pour lequel le groupe d'âge le plus important est celui des adolescent·e·s et jeunes adultes (80.3% de personnes de 15 à 29 ans). L'âge médian des usager·ère·s problématique de cannabis étant de 18 ans, ceci explique pourquoi près de 60% des usager·ère·s problématiques de cannabis sont en formation.

> *<u>Commentaire des intervenants de terrain :</u>*
> *Dans le canton de l'intervenant, la forte proportion d'adolescents parmi les personnes en traitement ambulatoire pour un problème de cannabis s'explique par le fait que tout adolescent qui a à faire avec la justice des mineurs pour un problème de cannabis doit être suivi en ambulatoire.*
>
> *Par ailleurs, les institutions spécialisées sont de plus en plus fréquemment sollicitées par la justice des mineurs pour prendre en charge des adolescent·e·s dont la problématique de consommation (généralement d'alcool et de cannabis) dépasse les capacités de prise*

en charge standard des foyers, ce qui a comme conséquence d'augmenter la part d'adolescent·e·s et jeunes adultes dans les statistiques de traitements.

En ce concerne les autres substances ou comportement, on peut noter que les jeunes adultes avec un usage problématique de cocaïne et dérivés ou d'opioïdes sont nettement moins nombreux à bénéficier d'une rente invalidité ou accidents que les adultes plus âgés (2.9% contre 11.5% pour la cocaïne et dérivés ; et 2.4% contre 13.8% pour les opioïdes), alors que la part de bénéficiaires de l'aide sociale est similaire entre ces deux groupes d'âges. Les résultats concernant les adolescent·e·s et jeunes adultes demeure difficiles à interpréter car le degré d'employabilité dépend en partie de l'achèvement ou non d'une formation, ce qui est directement lié à l'âge.

Au niveau des tendances (Figure A19 dans les annexes), on observe une diminution générale de la part de personnes en emploi entre 2007 et 2017 pour la plupart des substances analysées. Cette diminution étant plus marquée que pour la population générale, cela signifie une péjoration relative de la situation pour les usages problématiques de substances ou de jeu de hasard. Par ailleurs, on observe une très nette augmentation de la part de personnes à l'aide sociale, pour toutes les substances ou comportements analysés.

Commentaire des intervenants de terrain :
Ces tendances peuvent être mises en lien avec un durcissement des conditions d'accès à l'emploi. Un (re-)placement sur le marché du travail primaire devient de plus en plus difficile. Le monde du travail actuel, très organisé et informatisé, n'offre plus d'emplois de niche pour des personnes qui sont restés désœuvrés quelques années ou qui se retrouvent sans travail après l'âge de 50 ans.

Il y a également eu un durcissement des conditions d'accès à l'assurance invalidité, car une toxicomanie n'était pertinente pour l'assurance-invalidité que si elle constituait un problème secondaire, à savoir lorsqu'elle engendrait une maladie ou lorsque la dépendance résultait d'une maladie. Il y a donc eu un report des personnes professionnellement précarisées vers l'assurance sociale, qui sert de dernier étage du filet de sécurité sociale en Suisse.
Toutefois, depuis l'arrêté du 11 juillet 2019 du Tribunal fédéral (Tribunal fédéral, 2019), les problèmes de toxicomanies peuvent justifier la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi. Cet arrêté devrait ainsi permettre à certaines personnes alcoolo- ou toxicodépendantes de pouvoir intégrer le système d'assurance invalidité plutôt que l'aide sociale. Bien que ce processus prenne du temps, l'effet de cette mesure devrait être perceptible d'ici quelques années.

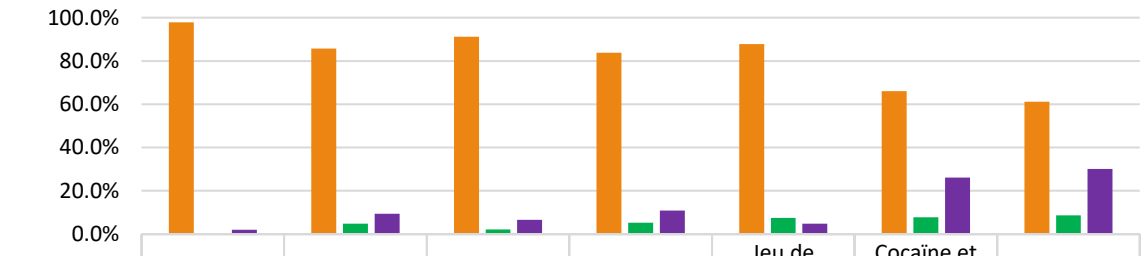
5.4.3 Sitution de logement

La Figure 17 présente la synthèse des résultats pondérés des secteurs de traitement ambulatoires et résidentiels. On y retrouve les résultats saillants identifiés sur l'ensemble des données (Chapitre 4.2.3), tant au niveau des différences par rapport à la population générale, qu'au niveau des particularités propres à chaque substance ou comportement. Ainsi, et ce pour l'ensemble des substances ou comportements, on observe des parts nettement plus élevées de personnes vivant en situation de logement instable (entre 2.2% et 8.7%) ou en institution (entre 4.8% et 30.1%) que dans la population générale (respectivement 0.1% et 2.0%).

Commentaire des intervenants de terrain :
C'est un cercle vicieux pour les adeptes de jeu de hasard et d'argent. Même s'ils sont touchés par la misère (logement, travail, finances, relations sociales) ils continuent à voir le jeu de hasard et d'argent comme une opportunité de sortir rapidement de leurs problèmes. Ainsi, les offres de traitement leurs apparaissent comme étant peu prometteuses et peu attrayantes, et ne font pas vraiment de sens.

Une caractéristique majeure des problèmes d'addiction est les rechutes, de gravité et de durée variables. Il est aussi fréquent que les personnes touchées par une problématique d'addiction enchainent plusieurs traitements résidentiels, car les offres de traitement sont différentes d'une structure à l'autre. En outre, un traitement résidentiel est parfois proposé à des personnes sortant d'un séjour précédent en milieu hospitalier ou carcéral dans les cas où elles n'ont pas ou plus de logement, car (re-)trouver un logement nécessite des démarches que la personne ne peut pas nécessairement réaliser, pour des raisons logistiques, de motivation, ou de comorbidités psychiatriques. Il est finalement assez rare qu'une personne quitte son domicile pour entamer un traitement résidentiel, car elle n'a pas la certitude de pouvoir y retourner à court ou moyen terme.

Figure 17 Situation de logement dans la population générale (estimation) et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS 2017, act-info 2017)



	Population générale*	Usage problématique					
		Alcool	Tabac	Cannabis	Jeu de hasard	Cocaïne et dérivés	Opioïdes
Stable	97.9%	85.8%	91.3%	83.8%	87.7%	66.1%	61.2%
Instable	0.1%	4.8%	2.1%	5.2%	7.5%	7.7%	8.6%
Institution	2.0%	9.4%	6.6%	11.0%	4.8%	26.2%	30.1%

Notes : Total colonne = 100% ; * Estimation, voir Chapitre 3.1.3.

On peut par ailleurs noter que la part de personnes en situation de logement instable parmi les usager·ère·s de jeu de hasard est presque au même niveau que les populations reconnues comme étant particulièrement précaires au niveau du logement telles que les usager·ère·s problématiques de cocaïne et d'opioïdes.

La Table A12 dans les annexes montre le détail de la répartition de la Figure 17 par sexe et par groupe d'âge. Pour l'ensemble des substances et comportements, on observe que les hommes sont proportionnellement légèrement plus nombreux que les femmes à être placés en institutions. En revanche, la part de femmes en situation de vie instable est plus élevée parmi les personnes avec un usage problématique de cannabis, de jeu de hasard, de cocaïne ou d'opioïdes.

En ce qui concerne les groupes d'âge, peu de variations sont observables entre les adolescent·e·s et jeunes adultes en dessous de 30 ans et les adultes plus âgés. On peut toutefois noter que la part de personnes en situation de logement instable diminue avec l'âge, et ce pour toutes les substances et comportements observés (à l'exception du cannabis).

Au niveau des tendances (Figure A20 dans les annexes), on observe des évolutions similaires pour toutes les substances, à des niveaux toutefois différents ; diminution de la part de personnes en situation de vie stable, augmentation de la part de personnes résidant en institution et peu de variations au niveau de la part de personnes en situation de vie

instable. Toutefois, comme vu précédemment, ces tendances reflètent majoritairement la situation dans le secteur résidentiel.

Les résultats relatifs au jeu de hasard font toutefois exception. En effet, entre 2007 et 2017, la part de personnes vivant en situation de logement instable a doublé (de 3.8% à 7.5%). Il s'agit assurément d'une tendance suivre à l'avenir.

> *Commentaires des intervenants de terrain :*
> *La diminution de la part de personnes en situation de vie stable et l'augmentation de la part de personnes résidant en institution peuvent s'expliquer par la diminution de l'offre de logements abordables pour des personnes précarisées tels que les usager·ère·s problématiques de substances dans certains cantons. De plus, un parcours de délits et condamnations diverses (infractions à la LStup, inscription à l'office des poursuites, etc.) entrave la possibilité de retrouver un logement autonome après un séjour en institution résidentielle.*
>
> *L'évolution future de la situation reste incertaine, notamment en lien avec la présence d'un nombre relativement important de jeunes adultes (moins de 20 ans) en traitement ambulatoire ou résidentiel, qui se retrouvent sans soutien parental et dont les problématiques de consommation ou de délinquance leur ont valu un renvoi d'un ou plusieurs foyers. Par ailleurs, la réinsertion des personnes de 40 ans et plus en logement stable nécessite un effort considérable au travers d'initiatives ciblées (p.ex. travail de réseau avec les collectivités et régies, baux au nom de l'institution) afin de leur permettre de retrouver un logement autonome malgré un passé financier et pénal peu engageant pour les gérances.*

5.4.4 Isolement social

La Figure 18 présente la synthèse des résultats pondérés des secteurs de traitement ambulatoires et résidentiels. On y retrouve les résultats saillants identifiés sur l'ensemble des données (Chapitre 4.2.4), tant au niveau des différences par rapport à la population générale, qu'aux particularités propres à chaque substance ou comportement.

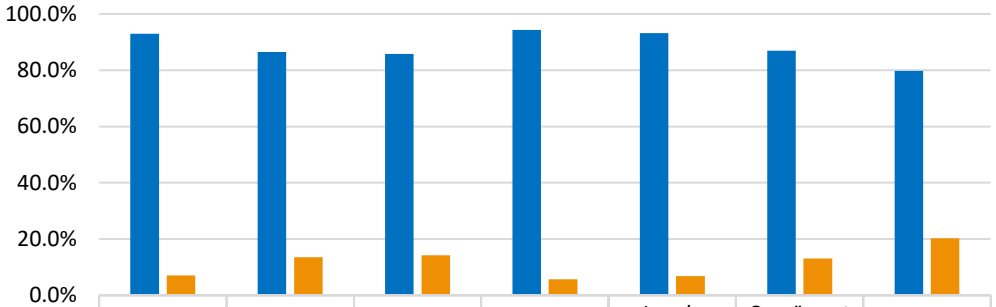
Les résultats indiquent que la part de personnes socialement isolées est la plus faible parmi les usager·ère·s à risque ou problématique de cannabis (5.7%) et de jeu de hasard (6.8%), soit globalement au même niveau que pour la population générale. Ces résultats sont en partie expliqués par la forte proportion de jeunes de moins de 20 ans parmi les usager·ère·s problématiques de cannabis et à la grande proportion de personnes en emploi parmi les usager·ère·s problématiques de jeu de hasard. En revanche, cette situation concerne environ le double d'usager·ère·s à risque ou problématiques de cocaïne et dérivés analogues (13.1%), alcool (13.5%) ou tabac (14.3%). Finalement, près d'un usager·ère à risque ou problématique d'opioïdes sur cinq (20.2%) est potentiellement socialement isolé.

Compte tenu de l'impact négatif de l'isolement social sur la santé physique et psychique, ces taux sont particulièrement préoccupants. Il faut par ailleurs noter que les critères retenus pour cette analyse (à savoir, pas ou très peu de contacts sociaux au travers de la sphère familiale, ni au travers de la sphère professionnelle, ni au sein d'un logement commun) sont relativement stricts. Si l'on retenait toutes les personnes satisfaisant à au moins deux des trois critères, leur nombre serait probablement nettement plus élevé.

> *Commentaires des intervenants de terrain :*
> *Ces taux semblent plutôt bas en comparaison du ressenti des intervenants dans leur institution. Les deux intervenants rappellent qu'une des sources principales de souffrance des personnes touchées par une problématique d'addiction est la marginalisation et l'exclusions sociale, qui tue plus que les overdoses. Avec le temps, les usager·ère·s développent un réflexe de mise en retrait de la vie sociale (auto-exclusion) et les épisodes de traitements ou d'incarcérations (hospitalisations, séjours en prison) sont des entraves à la poursuite des contacts amicaux ou familiaux.*

En ce qui concerne les différences en types de substances, l'usage de certaines substances comme le cannabis n'empêche pas la poursuite de relations sociales de qualité. En revanche, l'usage excessif d'alcool, de même que l'usage de cocaïne ou d'opioïdes tend à péjorer les relations professionnelles et à distendre les relations avec les proches et la famille, notamment à cause de la perte de contrôle de soi, du coût de la consommation, de la structuration du temps autour de l'obtention de la substance.

Figure 18: Situation d'isolement dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS 2017, act-info 2017)



	Population générale*	Usage problématique					
		Alcool	Tabac	Cannabis	Jeu de hasard	Cocaïne et dérivés	Opioïdes
Contacts sociaux	92.9%	86.5%	85.8%	94.3%	93.2%	87.0%	79.8%
Situation d'isolement	7.1%	13.5%	14.2%	5.7%	6.8%	13.0%	20.2%

Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé, y.c. ceux dépassant un seuil d'usage à risque.

La Table A13 dans les annexes montre le détail de la répartition de la Figure 18 par sexe et par groupe d'âge. Pour l'ensemble des substances et comportements, on observe que la part de femmes souffrant d'isolement social est plus élevée que celle des hommes, à l'exception des usager·ère·s problématiques d'opioïdes. Toutefois, les différences relatives par rapport à la population générale sont plus grandes pour les hommes du fait que seulement 3.8% des hommes de la population générale sont à risque d'isolement.

En ce qui concerne les groupes d'âge, on observe que l'isolement augmente largement avec l'âge, autant dans la population générale que pour la plupart des usager·ère·s problématiques de substances. Les seules exceptions à ce phénomène semblent être les usager·ère·s problématiques de jeu de hasard, ce qui pourrait être expliqué par le fait qu'une proportion importante des usager·ère·s problématiques de jeu de hasard restent insérés professionnellement, au contraire des autres substances.

Au niveau des tendances (Figure A21 dans les annexes), on observe des évolutions similaires pour la majorité des substances, à savoir une augmentation lente mais continue de la part de personnes en situation d'isolement social entre 2007 et 2017. Les résultats relatifs au tabac et au jeu de hasard font toutefois exception. Cette tendance pourrait s'expliquer par une augmentation de la part de jeunes adultes parmi les personnes admises en traitement pour un problème principal de tabac, qui, comme on le voit pour le cannabis, sont relativement peu touchées par une situation d'isolement social.

<u>Commentaires des intervenants de terrain :</u>
Toutes les formes d'intégration, au travers du travail, du logement, de la famille, des loisirs, de la culture, etc. méritent d'être soutenues. La reprise de la participation à la vie

sociale doit être encadrée et accompagnée, car le seuil d'inhibition est généralement trop élevé pour qu'une personne concernée la fasse seule.

5.4.5 Santé psychique : auto-dévalorisation

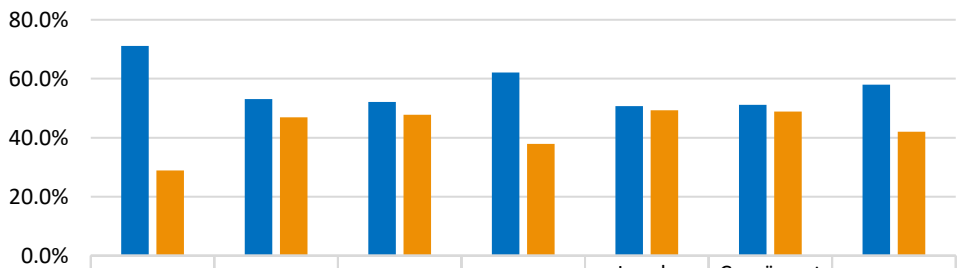
La Figure 19 présente la synthèse des résultats pondérés des secteurs de traitement ambulatoires et résidentiels. On y retrouve les résultats saillants identifiés sur l'ensemble des données (Chapitre 4.2.5), tant au niveau des différences par rapport à la population générale, qu'aux particularités propres à chaque substance ou comportement.

Les résultats indiquent ainsi que la part de personnes souffrant d'auto-dévalorisation est la plus faible parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de cannabis (37.9%) et d'opioïdes (42.0%). Alors que le premier résultat est probablement lié à la forte proportion de jeunes de moins de 20 ans parmi les consommateurs·trices de cannabis qui n'ont pas encore un passif conséquent d'échecs à répétition, le deuxième reflète peut-être une certaine distanciation des usager·ère·s d'opioïdes face à leur propre consommation. En revanche, cette situation concerne environ la moitié des usager·ère·s problématiques des autres types de substances (entre 46.9% et 49.3%).

<u>Commentaires des intervenants de terrain :</u>
Ces résultats ne sont pas surprenants compte tenu que l'on vit dans une société de la performance qui est également addictogène, dans le sens où les ressources propres de l'individu ne suffisent pas à satisfaire aux attentes de performance, d'immédiateté ou de productivité. De manière assez paradoxale, le fait que l'usage de substances devienne problématique pour une personne est généralement interprété comme une perte de maîtrise de la personne (et donc d'échec personnel) plutôt que comme un effet collatéral d'un fonctionnement de société pernicieux. De la même manière, la difficulté à s'en sortir est perçue comme un manque de volonté, ce qui remet encore la faute sur l'individu. Ainsi, un sentiment d'échec personnel ou professionnel dans le cas de la cocaïne, d'échec financier pour le jeu de hasard, ou d'échec sanitaire pour le tabac sont très susceptibles de générer ou nourrir un sentiment d'auto-dévalorisation.

Par ailleurs, les démarches administratives pour obtenir de l'aide peuvent être dommageable pour l'estime de soi. En particulier, la nécessité de décrire, de manière explicite et très détaillée, sa situation pour chaque démarche, oblige à ressasser ses échecs et traumatismes.

Figure 19: Sentiment d'auto-dévalorisation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS 2017, act-info 2017).



	Population générale*	Usage problématique					
		Alcool	Tabac	Cannabis	Jeu de hasard	Cocaïne et dérivés	Opioïdes
Jamais	71.1%	53.1%	52.2%	62.1%	50.7%	51.1%	58.0%
Parfois ou plus fréquent	28.9%	46.9%	47.8%	37.9%	49.3%	48.9%	42.0%

Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé, y.c. ceux dépassant un seuil d'usage à risque.

> *Commentaire des intervenants de terrain :*
> *En ce qui concerne la différence de taux entre l'ambulatoire et le résidentiel et le fait que des taux élevés soient observables pour toutes les substances dans le domaine résidentiel (voir résultats du Chapitre 4.2.5), un intervenant explique que les personnes admises en traitement résidentiels ont un parcours de vie et de toxicomanie souvent chargé, qui les poussent à se sentir nul et à remettre en question la pertinence-même de leur place dans la société. Ce questionnement est indépendant du type de substance, mais est révélateur d'une absence de place pour les personnes marginalisées dans le tissu social dominant. En ce sens, la question de la santé psychique est un indicateur très révélateur de la situation sociale des personnes dépendantes.*

La Table A14 dans les annexes montre le détail de la répartition de la Figure 19 par sexe et par groupe d'âge. Pour l'ensemble des substances et dans la population générale, on observe que la part de femmes souffrant parfois ou plus fréquemment d'auto-dévalorisation est environ une fois et demi plus élevé que celle des hommes.

En ce qui concerne les groupes d'âge, on observe que le sentiment d'auto-dévalorisation tend à diminuer avec l'âge. En revanche, pour la majorité des usager·ère·s problématiques de substances et comportements, la part de personnes souffrant parfois ou plus fréquemment d'auto-dévalorisation augmente entre les jeunes adultes (moins de 30 ans) et les plus âgés (p.ex. +7.2 points de % pour l'alcool, +13.1 points de % pour le tabac, +27.7 points de % pour le cannabis). Les seules exceptions à ce phénomène semblent être les usager·ère·s problématiques d'opioïdes. Une explication possible à ce phénomène peut être l'entrée dans un traitement de substitution à la diacétylmorphine (Gmel et al., 2020) ou autre substance de substitution (Labhart & Maffli, 2020) qui permet à la personne de restructurer son quotidien en dehors de la marginalité et de la stigmatisation qui en découle.

Au niveau des tendances (Figure A22 dans les annexes), on observe une augmentation plus soutenue de la part de personnes souffrant d'auto-dévalorisation parmi les usager·ère·s problématiques de cannabis (+11.2 points de %), de cocaïne et dérivés (+7.5 points de %) et d'opioïdes (+8.0 points de %) que dans la population générale (+4.1 points de %). Aucune tendance n'a pu être calculée pour le tabac et le jeu de hasard, car le nombre de personnes en traitement résidentiel est trop faible en 2013 pour obtenir une pondération équilibrée.

> *Commentaire des intervenants de terrain :*
> *Dans l'ensemble, les problèmes psychologiques ont augmenté dans notre société. La beauté, la richesse, le succès, et la manie de l'optimisation qui les accompagne, sont omniprésents, surtout dans le monde numérique. On ne peut que y perdre en se comparant à autrui, et le sentiment d'auto-dévalorisation dû à sa propre imperfection devient compréhensible. Les personnes ayant des problèmes d'addiction sont encore plus touchées car il y a un effet amplificateur.*

6. Discussion

Ce projet avait pour but de développer une méthodologie permettant de mesurer de manière quantitative différentes dimensions de la situation sociale des personnes concernées par des problèmes d'addiction et de suivre leur évolution au cours du temps. Grâce à l'appui théorique de deux experts académiques, et en fonction des limites des bases de données à disposition, cinq indicateurs de la situation sociale ont été retenus, à savoir le niveau de formation, l'employabilité, la situation de logement, l'isolement social et l'auto-dévalorisation. Cette sélection d'indicateurs est également saluée par les experts de terrain contactés lors de ce projet, en particulier celui sur l'employabilité car il démontre bien qu'une part importante des usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard vit en marge du monde du travail salarié et que cette part tend à augmenter. Ces derniers, travaillant en première ligne avec les personnes concernées, rappellent l'importance de mettre en lumière les multiples situations de précarité dans lesquelles elles vivent. En cela, les cinq indicateurs sont importants et pertinents.

Dans un premier temps, quatre sources de données ont été retenues afin de présenter un continuum reflétant différentes facettes de la situation sociale des usager·ère·s de substance psychoactives ou de jeu de hasard en fonction de la sévérité de leurs problématiques d'addiction ou de marginalisation sociale. D'une manière générale, et ce pour l'ensemble des substances ou comportements addictifs observés, les résultats des différentes enquêtes montrent une dégradation de tous les indicateurs en fonction de l'augmentation de la sévérité des problématiques d'addiction ou de marginalisation sociale (à savoir la diminution de la part de travailleurs employés, la diminution de la part de logements stables, l'augmentation de la part de personnes socialement isolées, et l'augmentation de la part de personnes souffrant d'auto-dévalorisation). En comparaison de la population générale, les usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard apparaissent ainsi véritablement comme des populations fragiles à de multiples niveaux, à savoir au niveau professionnel, au niveau de l'insertion social et au niveau de leur santé psychique.

Au-delà de ce tableau général, les analyses comparées mettent également en évidence de nombreuses particularités propres à chaque substance ou comportement addictifs. En comparaison des autres substances, on peut ainsi observer une très forte proportion de jeunes encore en formation parmi les usager·ère·s à risque ou problématique de cannabis, une surreprésentation de personnes au bénéfice de l'aide sociale ou assurance invalidité parmi les usager·ère·s d'opioïdes et de cocaïne et dérivés, ou encore une part particulièrement élevée de personnes en situation de logement instable parmi les personnes avec un problème de jeu de hasard et d'argent et les usager·ère·s de drogues illégales. Toutefois, il ne s'agit là que de tendances dominantes et une large diversité de situations peut malgré tout être observée pour toutes les substances et indicateurs. Les résultats rappellent ainsi que la situation sociale des usager·ère·s de chaque substance ou comportement a des particularités et des enjeux qui lui sont propres et qu'il serait faux de chercher à les considérer de manière globale.

Les résultats indiquent également que plusieurs dimensions des indicateurs ont évolué au cours de la dernière décennie (à savoir entre 2007 et 2017). En particulier la part d'usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard vivant à l'aide sociale a très nettement augmenté. On peut également noter que la part de personnes n'ayant achevé que la scolarité obligatoire s'est renforcée parmi les usager·ère·s à risque ou problématiques de substances ou de jeu de hasard, soulignant la difficulté pour ces populations de s'insérer ou de se réinsérer professionnellement. Par ailleurs, alors que la part des personnes en situation de logement instable semble stable, la part de personnes enchaînant les séjours en institutions résidentielles (institutions de soin, foyers, prison) a augmenté, soulignant la difficulté pour ces populations de retrouver une indépendance (ainsi qu'une vie privée et tous les bénéfices administratifs d'avoir une adresse propre) au niveau

de leur logement. Finalement, on observe également une augmentation lente mais continue de la part de personnes en situation d'isolement social entre 2007 et 2017. Dans l'ensemble, la situation sociale s'est donc péjorée à de multiples niveaux et des mesures correctrices semblent indispensables pour inverser la tendance. On peut par exemple noter l'arrêté du Tribunal fédéral du 11 juillet 2019 qui devrait permettre à certaines personnes alcoolo- ou toxicodépendantes d'intégrer le système d'assurance invalidité plutôt que l'aide sociale. Bien que ce processus prenne du temps, l'effet de cette mesure devrait être perceptible d'ici quelques années.

Dans un deuxième temps, le projet avait pour but de développer une méthodologie de calcul permettant de représenter au mieux, et de manière synthétique, la situation sociale des personnes concernées en vue de son intégration dans le Monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM). L'approche développée dans le Chapitre 5, à savoir une mise en commun pondérée des statistiques d'entrée en traitements ambulatoires et résidentiels du monitorage act-*info*, permet de fournir une représentation assez étoffée de la situation sociale des personnes touchées par un problème d'addiction, tout au moins en l'absence d'enquête spécifique. Les résultats obtenus reflètent la majorité des tendances observées sur l'ensemble des quatre sources de données au Chapitre 4, et mettent en évidence des différences marquées par rapport à la population générale sondée par l'ESS. S'agissant d'un monitorage annuel, réalisé sans interruption depuis 2006 et intégrant une vingtaine de catégories de substances ou comportements, les statistiques act-*info* permettent en outre d'appliquer la méthode de calcul à d'autres substances ou comportements.
Cette approche a toutefois plusieurs implications qu'il faut souligner. Premièrement, toutes les institutions de traitement ne participent pas de manière systématique au monitorage act-*info*. Il y a ainsi un biais de participation dans le sens où les cliniques privées (et donc les personnes plus aisées financièrement) sont sous-représentées. Deuxièmement, le monitorage act-*info* recense les entrées en traitements pour un problème d'addiction. Il s'agit donc de personnes qui entament, ou poursuivent, une démarche thérapeutique. Les consommateurs·trices qui pourraient malgré tout expérimenter des conséquences d'un excès ponctuel (p.ex. les cas d'ivresse ponctuelle en soirée parmi les jeunes) en sont exclus. Au vu de la population initialement ciblée par cet indicateur (à savoir les « Suchtbetroffene » dans son appellation en Allemand, cf. Chapitre 2.2), il semble juste de se concentrer sur les personnes avec des problématiques d'addiction avérées. Toutefois, il faut garder à l'esprit que ces résultats « de synthèse » proposent ainsi une image quelque peu réductrice de la diversité de situations sociales des personnes touchées par un problème d'addiction et que même en faisant attention à représenter le plus d'individus possible, il y a toujours des exclus.

Il faut noter que les analyses présentées dans ce rapport n'ont pas vocation à déterminer s'il existe un lien de causalité entre différents aspects de la situation sociale et l'usage problématique de substances, mais de mettre en lumière leurs interrelations sur la base de différentes sources de données. Par ailleurs, provenant de sources de données qui n'ont pas été conçues spécifiquement pour décrire et quantifier la situation sociale des personnes souffrant d'une addiction, les résultats ne peuvent pas être interprétés comme des prévalences au sens strict. En revanche, les résultats sont à interpréter comme des indicateurs de tendances qui peuvent être comparés entre eux, car ils ont été calculés de la même manière pour toutes les substances, les sources de données et les années d'observation.

La présente étude s'est focalisée sur cinq indicateurs de la situation sociale et six substances ou comportements addictifs (alcool, tabac, cannabis, jeu de hasard et d'argent, cocaïne et dérivés, et opioïdes). Bien que ces indicateurs soient parmi les plus couramment utilisés dans la littérature et que ces six substances soient parmi les plus communément consommées de manière légale (alcool, tabac, et jeu) ou de manière illégale (cannabis,

cocaïne et opioïdes), elles ne permettent pas d'offrir un aperçu complet de la situation sociale de personnes dépendantes. Compte tenu des spécificités propres à chaque substance ou comportement, il n'est pas possible d'extrapoler ces résultats à d'autres types de substances ou comportements addictifs. En particulier, il serait pertinent d'effectuer des analyses complémentaires relatives à l'évolution de la situation sociale d'autres types d'usager·ère·s de substances, notamment, les usager·ère·s de méthamphétamine (aussi appelée « crystal meth »), qui fait actuellement des ravages dans quelques cantons suisses, ainsi que les usager·ère·s de médicaments à fort pouvoir addictif tels que les benzodiazépines, les neuroleptiques et les opioïdes de substitution, ou encore d'autres troubles du contrôle de l'impulsion.

Les intervenants de terrain soulignent également qu'il serait important d'examiner d'autres indicateurs, tels que l'état de santé somatique des personnes concernées. Particulièrement dans les unités de soin résidentiel, l'âge moyen des bénéficiaires augmente d'année en année et leur état de santé physique (foie, l'appareil digestif, respiration, peau, système circulatoire et veineux) se dégrade à cause des ravages de l'usage, passé et présent, de substances illégales. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en place d'une enquête ad hoc, il serait particulièrement indiqué d'améliorer l'indicateur relatif à la santé psychique (en intégrant plusieurs dimensions) et à l'isolement social.

7. Bibliographie

Bachmann, N. (2014). *Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé. (Obsan, Bulletin 1/2014)*. Observatoire suisse de la santé.

Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2008). *Act-info Jahresbericht 2006 : Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz : Ergebnisse des Monitoringsystems*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Caritas. (2009). *Integrationstest*. http://integration.web1.bestsite.ch/index.cfm

Christoph Merian Stiftung. (2019). *ein Daheim ? Studie zur Obdachlosigkeit in Basel-Stadt und Engagement der Christoph Merian Stiftung*. Steudler Press AG.

Delgrande Jordan, M., Kretschmann, A., & Maffli, E. (2020). *act-info–Domaine de traitement résidentiel : Résultats des statistiques act-info-Residalc & act-info-FOS 2018*. Addiction Suisse.

Delgrande Jordan, M., Maffli, E., Astudillo, M., Schaaf, S., Dey, M., & Künzi, U. (2016). *Rapport annuel act-info 2014—Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse—Résultats du système de Monitorage*. Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Dey, M., & Haug, S. (2019). *Glücksspiel : Verhalten und Problematik in der Schweiz im Jahr 2017*. ISGF.

Dittmann, J., Drilling, M., & Bischoff, T. (2019). Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäres Wohnen Ausmass, Profil und Bedarf in der Region Basel. *LIVES Working paper*, *76*, 1-65. https://doi.org/10.12682/LIVES.2296-1658.2019.76

Drilling, M., Mühlethaler, E., & Iyadurai, G. (2020). *First Country Report Switzerland*. ISOS / FHNW.

Eckhard, J. (2018). Indicators of Social Isolation : A Comparison Based on Survey Data from Germany. *Social Indicators Research*, *139*(3), 963-988. https://doi.org/10.1007/s11205-017-1741-y

Eichenberger, Y., & Rihs-Middel, M. (2014). *Glücksspiel : Verhalten und Problematik in der Schweiz*. Ferarihs.

FEANTS. (2007). *Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*. https://www.feantsa.org/download/fr___2525022567407186066.pdf

Fluder, R., Hümbelin, O., Luchsinger, L., & Richard, T. (2020). *Ein Armutsmonitoring für die Schweiz : Modellvorhaben am Beispiel des Kantons Bern* (Bern) [Application/pdf]. https://arbor.bfh.ch/12959/

Garner, H., Méda, D., & Senik-Leygonie, C. (2006). La place du travail dans les identités. *Économie et statistique*, *393*(1), 21-40.

Gervasoni, J.-P., & Dubois-Arber, F. (2009). *Indicateurs de résultats du Promedro III: situation en 2008*. IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive).

Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2017). *Monitorage suisse des addictions—Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2016*.

Gmel, G., Labhart, F., & Maffli, E. (2020). *Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse – Résultats de l'enquête 2019* (Rapport de recherche No 118). Lausanne: Addiction Suisse.

Gmel, G., Marmet, S., Maffli, E., & Notari, L. (2018). *Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen*

problematischen Verhaltensweisen. Sucht Schweiz. https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_g.;_marmet_s.;_maffli_e.;_notari_l._3rheupfcp873.pdf

Grazioli, V. S., Collins, S. E., Paroz, S., Graap, C., & Daeppen, J.-B. (2017). Six-month outcomes among socially marginalized alcohol and drug users attending a drop-in center allowing alcohol consumption. *International Journal of Drug Policy*, *41*, 65-73. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.12.015

Hauser, R. (2008). Das Mass der Armut : Armutsgrenzen im sozialstaatlichen Kontext—Der sozialstatistische Diskurs. In *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung* (p. 94-117). VS Verlag.

Héron, C. (2019, mars 18). Les femmes SDF restent invisibles, en Suisse aussi. *Le Temps*. https://www.letemps.ch/societe/femmes-sdf-restent-invisibles-suisse

Jackson, Y.-L. J., Wuillemin, T., & Bodenmann, P. (2016). Santé et soins des personnes sans abri. *Revue médicale suisse*, *12*(533), 1671-1675.

Jacquet, P., Jaunaux, L., de Boissieu, C., & Sgard, J. (2004). Amartya Sen, la pauvreté comme absence de capacité. *Projet*, *280*, 72-77.

Jäggi, J., Künzi, K., & Gehrig, M. (2015). *Indikatoren-Set zur Strategie Sucht*. Bundesamt für Gesundheit.

Kübler, D., & Widmer, T. (2003). *L'ancrage politique des mesures de la Confédération en matière de toxicomanie—Résumé synthétique du rapport d'évaluation final* (Zürich).

Labhart, F., & Maffli, E. (2020). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution – Résultats 2019*. Lausanne: Addiction Suisse.

Labhart, F., Notari, L., & Gmel, G. (2010). *Consommation d'alcool dans l'espace public : Étude de terrain auprès des personnes marginalisées de Lausanne et d'Yverdon-les-Bains*. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).

Lauber, C., Lay, B., & Rössler, W. (2005). Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, *135*(3-4), 50-56. https://doi.org/2005/03/smw-10815

Lessmann, O. (2007). *Konzeption und Erfassung von Armut : Vergleich des Lebenslage-Ansatzes mit Sens" Capability"-Ansatz*. Duncker & Humblot.

Maffli, E. (2019). *Prise en charge ambulatoire des problèmes de dépendance : Résultats du monitorage de la clientèle 2018*. Addiction Suisse.

Maffli, E., Eichengerger, Y., Delgrande Jordan, M., Labhart, F., Gmel, G., & Kretschmann, A. (2020). *Act-info Jahresbericht 2018 : Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz : Ergebnisse des Monitoringsystems*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Morosoli, M. (2017). ZUG: Kein Dach über dem Kopf – und das im reichen Kanton Zug. *Luzerner Zeitung*. https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/zug/zug-kein-dach-ueber-dem-kopf-und-das-im-reichen-kanton-zug-ld.127820

Observatoire suisse de la santé. (2019). *Prévalence de la consommation de cannabis*. Système de monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM). https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/consommation-de-cannabis-age-15-64

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2015). *Stratégie nationale Addictions 2017–2024*. Département fédéral de l'intérieur.

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2021). *Système de monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM)*. https://www.obsan.admin.ch/fr/MonAM

Office fédéral de la statistique (OFS). (2018). *La population de la Suisse en 2017*. Office fédéral de la statistique (OFS). https://www.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/6606497/master

Office fédéral de la statistique (OFS). (2019). *Enquête suisse sur la santé 1992 à 2017—Documentation des indices de 1992 à 2017*. Office fédéral de la statistique (OFS). https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/general.assetdetail.7566867.html

Office fédéral de la statistique (OFS). (2020a). *L'enquête suisse sur la santé 2017 en bref—Conception, méthode, réalisation*. Office fédéral de la statistique (OFS). https://www.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/14839330/master

Office fédéral de la statistique (OFS). (2020b). *Indicateurs du marché du travail 2020*. Office fédéral de la statistique (OFS). https://www.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/13627183/master

Ruch, T., Meister, N., Adamoli, M., Caballero Liardet, W., Capezzali, E., Csonka, Y., Fink, M., Gazareth, P., Guggisberg, M., Häni, S., Kaeser, M., Hofer Kellenberger, S., Modetta, C., Rausa, F., Schlanser, R., Schön-Bühlmann, J., Schweizer, L., & Vollenweider, A.-C. (2015). *Rapport social statistique suisse 2015*.

Schnoz, D., Quinteros, I., Labhart, F., Salis Gross, C., & Gmel, G. (2009). *Trinken im öffentlichen Raum : Ein Spannungsfeld zwischen Randständigen und PassantInnen : Schlussfolgerungen zur Befragungsfeldstudie*. ISGF.

Schuwey, C., & Knöpfel, C. (2014). *Neues Handbuch Armut in der Schweiz*. Caritas-Verlag.

Scott, J. C., Slomiak, S. T., Jones, J. D., Rosen, A. F. G., Moore, T. M., & Gur, R. C. (2018). Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *75*(6), 585. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0335

Sen, A. (2000). *Ökonomie für den Menschen : Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. Carl Hanser Verlag.

Sommerfeld, P., Hollenstein, L., & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Einforschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. VS Verlag.

Spiess, M., & Schnyder-Walser, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit—Zahlen und Fakten für die Schweiz—Hintergrunddokument*.

Stamm, H., & Lamprecht, M. (2008). Bildung als Gesundheitsressource. In *Katharina Meyer (Hg.) : Gesundheit in der schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (p. 253-267).

Stoop, K., & Herrmann, M. (2019). Housing First : Schadensminderung mit Wohnhlife. *SuchtMagazin*, 27-30.

Tribunal fédéral. (2019). *Arrêt du 11 juillet 2019 (9C_724/2018)*. https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/fr/archive/9C_724_2018_2019_08_05_T_f_07_48_12.pdf

United Nations (Éd.). (2003). *Report on the world social situation 2003 : Social vulnerability, sources and challenges*. United Nations.

8. Annexes

8.1 Tables

Table A1: Modalités de questions relative au sentiment d'auto-dévalorisation

Enquête	Question	Item	Codage
ESS 2012 ESS 2017	Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)?	Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), de s'être déçu(e) soi-même ou d'avoir déçu sa famille	0 = Jamais 1 = Plusieurs jours, Plus de la moitié des jours, Presque tous les jours
act-*info* 2013-2018	Au cours des 12 mois précédant votre admission, y a-t-il eu une période importante au cours de laquelle vous avez souffert de l'un des problèmes psychiques suivants?	Auto-dévalorisation ou sentiment de culpabilité	0 = Non 1 = Oui
Public Spaces	A quelle fréquence souffrez-vous des symptômes suivants?	Sentiment de ne rien valoir.	0 = Jamais 1 = Rarement, Parfois, Souvent, Toujours

Table A2: Description des enquêtes, types d'échantillonnage et degré de couverture

Enquête	Années d'enquête utilisées	Unité d'échantillonnage	Nombre de personnes participantes/ traitements enregistrés	Nombre d'institutions participantes
Enquête Suisse sur la Santé	2007, 2012, 2017	Résidents permanents suisses vivant en ménage privé de 15 et plus. Données pondérées.	18'000 à 22'000 personnes selon les années	
act-*info* SAMBAD	2006-2008, 2011-2013, 2016-2018	Admissions en traitement spécialisé ambulatoire	5200 à 6700 admissions selon les années	69 à 80 selon les années (34-40% de toutes les institutions)
act-*info*-Residalc	2006-2008, 2011-2013, 2016-2018	Admissions en traitement spécialisé résidentiel	1270 à 1580 admissions selon les années	15 à 16 selon les années (75-80% de toutes les institutions)
act-*info*-FOS	2006-2008, 2011-2013, 2016-2018	Admissions en traitement spécialisé résidentiel	470 à 730 admissions selon les années	34 à 54 selon les années (71-91% de toutes les institutions)
Public Spaces	2008	Echantillon de convenance	211 personnes	

Table A3: Coefficients de pondération permettant d'extrapoler le nombre d'admissions documentées par act-info, selon le type de problème principal, à l'ensemble des institutions spécialisées

	Domaine ambulatoire		**Domaine résidentiel**	
	Pondération brute [1]	**Pondération ajustée [2]**	**Pondération brute [1]**	**Pondération ajustée [2]**
Pondération par type de problème principal (en 2018)				
Alcool	4.89	1.01	5.12	0.87
Tabac	5.28	1.10	1.67	0.28
Cannabis	3.81	0.79	8.14	1.39
Jeu	2.72	0.56	11.60	1.98
Cocaïne et dérivés	4.78	0.99	6.25	1.07
Opioïdes	10.40	2.16	11.45	1.95
Pondération par année d'enquête				
2018		4.82		5.87
2014		4.00		3.57
2006		3.38		3.79

Notes : 1) pondération sur la base du nombre total d'admissions ; 2) pondération ajustée au nombre de traitements documentés dans les statistiques sectorielles (c.-à-d. divisée par le coefficient de pondération annuel).

Table A4: Variables utilisées pour constituer chaque indicateur, selon l'enquête et l'année

	Type d'usage	Seuil de risque	Enquête Suisse sur la Santé			act-*info* ambulatoire act-*info* résidentiel		Public Spaces
			2007	2012	2017	2006-2012	2013-2018	2008
Alcool	A risque[1]	Consommation épisodique à risque *ou* consommation chronique à risque	AGRAMTAG *ou* ALCBINGE	AGRAMTAG *ou* ALCBINGE	AGRAMTAG *ou* ALCBINGE			q4.2.(1-3) r1(a-c) q4.2.(1-3) r2(a-c) q4.1 q4.3
	Problème principal					VMED010	VNED010	
Tabac	A risque	Usage quotidien	DAYSMOKE	DAYSMOKE	DAYSMOKE			- (absent du questionnaire)
	Problème principal					VMED010	VNED010	
Cannabis	A risque	20 jours ou plus sur les 30 derniers jours	TDROG06 TDROG02 TDROG01	TDROG69 TDROG02 TDROG01	TDROG80 TDROG79 TDROG02 TDROG01			q4.12.1.1
	Problème principal					VMED010	VNED010	
Jeu de hasard	A risque[2]	Usage « à risque » ou «pathologique», selon la classification de Dey et Haug (2019).	- (non compatible)	- (non compatible)	SGLSP17(a-b) SGLSP18(a-b) SGLSP19(a-b) SGLSP20(a-b) SGLSP21(a-b) SGLSP22(a-b) SGLSP23(a-b) SGLSP25(a-d)			- (absent du questionnaire)
	Problème principal					VMED010	VNED010	
Cocaïne[3]	A risque	4 fois par mois ou plus	- (absent du questionnaire)	- (absent du questionnaire)				q4.12.9.1
	Problème principal					VMED010	VNED010	
Opioïdes[4]	A risque	4 fois par mois ou plus	- (absent du questionnaire)	- (absent du questionnaire)	-			q4.12.6.1 q4.12.7.1
	Problème principal					VMED010	VNED010	

Notes : 1) voir Chapitre 3.3.2 pour la définition de la « consommation épisodique à risque » et de la « consommation chronique à risque » ;
2) voir Chapitre 3.3.3 pour détails sur la méthode ;
3) inclut également les catégories « cocaïne sous forme de poudre », « crack » et « autre forme de cocaïne » ;
4) inclut les catégories « héroïne », « méthadone (usage abusif; usage thérapeutique exclu) », « buprénorphine (usage abusif; usage thérapeutique exclu) », « fentanyl (usage abusif; usage thérapeutique exclu) » et « autres opioïdes ».

Table A5: Données de la Figure 2: Niveau de formation des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008)

		Abstinents / Risque faible	**Usage à risque ou problématique**			
		Population générale*	**Population générale**	**Traitements spécialisés ambulatoires**	**Traitements spécialisés résidentiels**	**Populations marginalisées**
Alcool	Scolarité oblig.	17.9%	13.9%	17.6%	17.9%	41.4%
	Secondaire: prof.	35.7%	34.2%	58.9%	57.0%	51.0%
	Secondaire: général	12.3%	14.1%	4.5%	4.2%	3.8%
	Tertiaire: prof. sup.	12.1%	13.2%	9.0%	11.2%	2.5%
	Tertiaire: HES, UNI	21.9%	24.6%	10.0%	9.7%	1.3%
	N	17’350	3’822	6’737	3’655	157
Tabac	Scolarité oblig.	16.7%	19.5%	30.9%	34.0%	
	Secondaire: prof.	33.4%	44.0%	45.2%	52.8%	
	Secondaire: général	12.7%	12.3%	7.0%	5.7%	
	Tertiaire: prof. sup.	12.6%	11.1%	8.2%	0.0%	
	Tertiaire: HES, UNI	24.6%	13.0%	8.8%	7.5%	
	N	17’115	4’055	330	53	
Cannabis	Scolarité oblig.	16.2%	24.2%	74.3%	52.6%	44.4%
	Secondaire: prof.	34.9%	37.3%	20.6%	38.6%	51.4%
	Secondaire: général	12.5%	17.9%	2.5%	4.8%	2.8%
	Tertiaire: prof. sup.	12.6%	8.3%	1.3%	2.6%	1.4%
	Tertiaire: HES, UNI	23.7%	12.3%	1.3%	1.5%	0.0%
	N	18’973	252	2669	272	72
Jeu de hasard	Scolarité oblig.	15.2%	24.0%	22.4%	26.7%	
	Secondaire: prof.	35.3%	38.8%	64.7%	53.3%	
	Secondaire: général	12.6%	17.5%	2.5%	6.7%	
	Tertiaire: prof. sup.	13.1%	8.2%	4.6%	6.7%	
	Tertiaire: HES, UNI	23.7%	11.5%	5.8%	6.7%	
	N	18’008	538	326	15	
Cocaïne et dérivés	Scolarité oblig.			23.8%	36.0%	33.3%
	Secondaire: prof.			58.3%	51.8%	58.8%
	Secondaire: général			4.3%	2.3%	3.9%
	Tertiaire: prof. sup.			7.8%	6.1%	3.9%
	Tertiaire: HES, UNI			5.7%	3.8%	0.0%
	N			701	575	51
Opioïdes	Scolarité oblig.			33.2%	39.2%	40.8%
	Secondaire: prof.			55.2%	49.6%	50.0%
	Secondaire: général			3.0%	4.5%	5.3%
	Tertiaire: prof. sup.			5.2%	4.0%	2.6%
	Tertiaire: HES, UNI			3.4%	2.7%	1.3%
	N			440	375	76

Note : Source de données : ESS (population générale), act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées).

Table A6: Données de la Figure 5: Employabilité des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008)

		Abstinents / Risque faible	Usage à risque ou problématique			
		Population générale	Population générale	Traitements ambulatoires	Traitements résidentiels	Populations marginalisées
Alcool	En emploi	62.9%	66.5%	53.5%	34.4%	7.6%
	Recherche d'emploi	3.2%	3.6%	12.4%	15.2%	6.4%
	En formation	8.5%	13.7%	2.8%	1.2%	0.0%
	Rentier, au foyer	22.7%	13.7%	11.8%	13.5%	4.5%
	Aide sociale	1.2%	1.7%	11.5%	25.2%	47.1%
	Ass. inval / accident	1.4%	0.8%	7.5%	9.0%	25.5%
	Inactif, autre	0.0%	0.0%	0.4%	1.7%	8.9%
	N	17’233	3’804	8’211	3724	157
Tabac	En emploi	62.1%	69.8%	40.5%	18.9%	
	Recherche d'emploi	2.8%	5.6%	6.1%	7.5%	
	En formation	10.0%	7.2%	15.4%	7.5%	
	Rentier, au foyer	23.1%	12.7%	12.2%	11.3%	
	Aide sociale	1.1%	2.1%	10.2%	37.7%	
	Ass. inval / accident	1.0%	2.6%	15.1%	17.0%	
	Inactif, autre	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	
	N	17’019	4’018	410	53	
Cannabis	En emploi	69.5%	61.1%	19.9%	20.4%	9.7%
	Recherche d'emploi	3.6%	10.9%	8.2%	14.2%	8.3%
	En formation	10.3%	21.3%	57.2%	8.0%	0.0%
	Rentier, au foyer	13.9%	1.3%	4.8%	9.1%	5.6%
	Aide sociale	1.4%	0.8%	6.7%	36.7%	47.2%
	Ass. inval / accident	1.4%	4.6%	2.6%	7.3%	22.2%
	Inactif, autre	0.0%	0.0%	0.6%	4.4%	6.9%
	N	18’862	239	2’916	275	72
Jeu de hasard	En emploi	63.8%	61.1%	69.1%	33.3%	
	Recherche d'emploi	3.0%	4.3%	10.8%	13.3%	
	En formation	9.3%	12.3%	5.7%	0.0%	
	Rentier, au foyer	21.5%	17.4%	4.1%	13.3%	
	Aide sociale	1.4%	1.7%	3.1%	33.3%	
	Ass. inval / accident	1.1%	3.2%	6.7%	6.7%	
	Inactif, autre	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	
	N	17’904	529	388	15	
Cocaïne et dérivés	En emploi			56.4%	22.4%	3.9%
	Recherche d'emploi			17.0%	12.6%	13.7%
	En formation			8.1%	1.0%	0.0%
	Rentier, au foyer			4.4%	6.7%	3.9%
	Aide sociale			7.6%	39.1%	45.1%
	Ass. inval / accident			5.6%	10.3%	23.5%
	Inactif, autre			0.9%	7.9%	9.8%
	N			766	585	51
Opioïdes	En emploi			31.0%	14.4%	5.3%
	Recherche d'emploi			21.6%	12.0%	11.8%
	En formation			1.6%	1.3%	0.0%
	Rentier, au foyer			6.1%	6.9%	2.6%
	Aide sociale			26.7%	47.2%	50.0%
	Ass. inval / accident			12.7%	8.3%	15.8%
	Inactif, autre			0.4%	9.9%	14.5%
	N			510	375	76

Note : Source de données : ESS (population générale), act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées).

Table A7: Données de la Figure 8 : Situation de logement des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (act-info 2017, Public Spaces 2008)

		Usage à risque ou problématique		
		Traitements spécialisés ambulatoires	**Traitements spécialisés résidentiels**	**Populations marginalisées**
Alcool	Stable	92.7%	72.2%	70.1%
	Instable	3.4%	7.4%	20.4%
	Institution	3.8%	20.4%	9.6%
	N	7'655	3'719	157
Tabac	Stable	93.1%	44.2%	
	Instable	1.7%	11.5%	
	Institution	5.2%	44.2%	
	N	405	52	
Cannabis	Stable	90.9%	51.6%	69.4%
	Instable	4.3%	9.2%	15.3%
	Institution	4.8%	39.2%	15.3%
	N	2'794	273	72
Jeu de hasard	Stable	94.0%	53.3%	
	Instable	4.0%	26.7%	
	Institution	2.0%	20.0%	
	N	350	15	
Cocaïne et dérivés	Stable	91.0%	43.1%	78.4%
	Instable	4.7%	9.5%	13.7%
	Institution	4.4%	47.4%	7.8%
	N	730	580	51
Opioïdes	Stable	79.2%	39.8%	73.7%
	Instable	8.5%	9.6%	18.4%
	Institution	12.3%	50.5%	7.9%
	N	504	374	76

Note : Source de données : act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées).

Table A8: Données de la Figure 11 : Isolement social des usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008)

		Abstinents / Risque faible	**Usage à risque ou problématique**			
		Population générale*	**Population générale**	**Traitements spécialisés ambulatoires**	**Traitements spécialisés résidentiels**	**Populations marginalisées**
Alcool	Contacts sociaux (1+ sphères)	92.4%	95.4%	87.9%	83.9%	80.9%
	Risque d'isolement	7.6%	4.6%	12.1%	16.1%	19.1%
	N	17234	3804	7194	3655	157
Tabac	Contacts sociaux (1+ sphères)	92.7%	93.9%	85.4%	81.6%	
	Risque d'isolement	7.3%	6.1%	14.6%	18.4%	
	N	17019	4018	369	49	
Cannabis	Contacts sociaux (1+ sphères)	96.2%	98.7%	96.5%	84.4%	81.9%
	Risque d'isolement	3.8%	1.3%	3.5%	15.6%	18.1%
	N	18862	238	2733	270	72
Jeu de hasard	Contacts sociaux (1+ sphères)	93.1%	93.6%	94.5%	86.7%	
	Risque d'isolement	6.9%	6.4%	5.5%	13.3%	
	N	17903	530	326	15	
Cocaïne et dérivés	Contacts sociaux (1+ sphères)			93.2%	81.9%	72.5%
	Risque d'isolement			6.8%	18.1%	27.5%
	N			734	569	51
Opioïdes	Contacts sociaux (1+ sphères)			82.0%	79.4%	72.4%
	Risque d'isolement			18.0%	20.6%	27.6%
	N			483	369	76

Note : Source de données : ESS (population générale), act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées).

Table A9: Données de la Figure 13 : Sentiment d'auto-dévalorisation parmi les usager·ère·s à risque ou problématique de substances ou de jeu de hasard, par substance et type de population (ESS 2017, act-info 2017, Public Spaces 2008)

		Abstinents / Risque faible	**Usage à risque ou problématique**			
		Population générale*	**Population générale**	**Traitements spécialisés ambulatoires**	**Traitements spécialisés résidentiels**	**Populations marginalisées**
Alcool	Jamais	71.5%	69.7%	65.4%	45.1%	41.8%
	Parfois ou plus fréquent	28.5%	30.3%	34.6%	54.9%	58.2%
	N	15150	3357	1940	2825	153
Tabac	Jamais	72.2%	66.5%	50.6%	33.3%	
	Parfois ou plus fréquent	27.8%	33.5%	49.4%	66.7%	
	N	15138	3369	83	33	
Cannabis	Jamais	70.6%	48.9%	72.3%	37.3%	40.0%
	Parfois ou plus fréquent	29.4%	51.1%	27.7%	62.7%	60.0%
	N	16664	180	310	102	70
Jeu de hasard	Jamais	71.5%	58.1%	63.6%	40.0%	
	Parfois ou plus fréquent	28.5%	41.9%	36.4%	60.0%	
	N	17854	535	33	10	
Cocaïne et dérivés	Jamais			66.0%	36.3%	22.0%
	Parfois ou plus fréquent			34.0%	63.7%	78.0%
	N			141	171	50
Opioïdes	Jamais			64.0%	44.7%	25.3%
	Parfois ou plus fréquent			36.0%	55.3%	74.7%
	N			114	85	75

Note : Source de données : ESS (population générale), act-*info* (ambulatoire et résidentiel), Public Spaces (populations marginalisées).

Table A10: Niveau de formation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Population générale	Total *		49.6%	50.4%	20.8%	58.5%	20.7%
	Scolarité obligatoire	17.2%	14.9%	19.5%	30.8%	11.2%	20.5%
	Secondaire: prof.	35.5%	33.5%	37.4%	28.3%	35.7%	42.0%
	Secondaire: général	12.6%	11.1%	14.1%	18.9%	10.7%	11.9%
	Tertiaire: prof. sup.	12.3%	16.3%	8.4%	6.1%	15.1%	10.8%
	Tertiaire: HES, UNI	22.4%	24.1%	20.6%	16.0%	27.3%	14.9%
Alcool	Total *		70.1%	29.9%	11.5%	81.6%	6.9%
	Scolarité obligatoire	17.7%	17.0%	19.2%	40.6%	15.2%	10.0%
	Secondaire: prof.	58.2%	58.6%	57.3%	45.9%	59.6%	61.8%
	Secondaire: général	4.4%	4.0%	5.3%	6.0%	4.2%	4.8%
	Tertiaire: prof. sup.	9.8%	10.3%	8.6%	3.7%	10.3%	13.7%
	Tertiaire: HES, UNI	9.9%	10.0%	9.6%	3.8%	10.8%	9.7%
Tabac	Total *		60.2%	39.8%	32.8%	61.7%	5.5%
	Scolarité obligatoire	34.2%	33.6%	35.3%	67.3%	19.1%	6.1%
	Secondaire: prof.	43.8%	44.6%	42.5%	20.2%	53.2%	81.8%
	Secondaire: général	6.5%	6.6%	6.3%	5.4%	7.6%	0.0%
	Tertiaire: prof. sup.	7.2%	7.0%	7.5%	3.1%	9.9%	0.0%
	Tertiaire: HES, UNI	8.3%	8.2%	8.3%	4.0%	10.2%	12.1%
Cannabis	Total *		81.2%	18.8%	80.3%	19.7%	(-)
	Scolarité obligatoire	70.2%	69.5%	72.8%	81.2%	25.3%	(-)
	Secondaire: prof.	24.1%	25.2%	19.1%	15.5%	59.1%	(-)
	Secondaire: général	2.9%	2.6%	4.1%	2.5%	4.8%	(-)
	Tertiaire: prof. sup.	1.6%	1.4%	2.3%	0.5%	6.0%	(-)
	Tertiaire: HES, UNI	1.3%	1.2%	1.6%	0.4%	4.8%	(-)
Jeu de hasard	Total *		90.1%	9.9%	29.4%	68.3%	2.3%
	Scolarité obligatoire	22.9%	22.6%	26.7%	38.1%	16.2%	0.0%
	Secondaire: prof.	62.9%	62.5%	66.7%	54.0%	66.4%	83.3%
	Secondaire: général	3.1%	3.4%	0.0%	4.4%	3.0%	0.0%
	Tertiaire: prof. sup.	5.1%	5.3%	3.3%	0.9%	6.8%	16.7%
	Tertiaire: HES, UNI	5.9%	6.2%	3.3%	2.7%	7.7%	0.0%
Cocaïne et dérivés	Total *		79.4%	20.6%	36.4%	63.6%	(-)
	Scolarité obligatoire	30.5%	28.5%	38.7%	39.7%	25.2%	(-)
	Secondaire: prof.	55.4%	57.1%	48.3%	53.8%	56.3%	(-)
	Secondaire: général	3.1%	2.5%	5.4%	2.7%	3.2%	(-)
	Tertiaire: prof. sup.	6.3%	6.8%	4.1%	2.3%	8.6%	(-)
	Tertiaire: HES, UNI	4.7%	5.1%	3.5%	1.4%	6.7%	(-)
Opioïdes	Total *		75.8%	24.2%	21.2%	78.4%	0.4%
	Scolarité obligatoire	36.1%	34.8%	40.5%	50.8%	32.2%	0.0%
	Secondaire: prof.	52.8%	54.8%	46.2%	40.7%	56.2%	30.8%
	Secondaire: général	3.4%	2.7%	5.6%	3.4%	3.3%	23.1%
	Tertiaire: prof. sup.	4.6%	4.9%	3.4%	2.3%	5.1%	23.1%
	Tertiaire: HES, UNI	3.1%	2.8%	4.3%	2.7%	3.1%	23.1%

Notes : Les données de la colonne « Total » sont présentées graphiquement dans la Figure 15.
* Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations

Table A11: Employabilité dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Population générale	Total *		49.6%	50.4%	20.8%	58.5%	20.7%
	En emploi	63.6%	68.8%	58.4%	54.0%	84.2%	15.1%
	En recherche d'emploi	3.3%	3.3%	3.4%	5.4%	3.7%	0.1%
	En formation	9.4%	9.4%	9.5%	39.4%	2.1%	0.0%
	Rentier (AVS), au foyer	21.1%	15.4%	26.7%	0.8%	5.7%	84.6%
	Aide sociale	1.3%	1.7%	1.0%	0.2%	2.2%	0.0%
	Ass. invalidité, accident	1.3%	1.4%	1.2%	0.2%	2.1%	0.2%
	Inactif, autre	0.0%	-	-	-	-	-
Alcool	Total *		70.1%	29.9%	11.5%	81.6%	6.9%
	En emploi	47.3%	49.0%	43.6%	43.1%	51.2%	8.1%
	En recherche d'emploi	13.3%	14.4%	10.7%	14.3%	14.3%	0.5%
	En formation	2.2%	2.3%	2.1%	15.9%	0.5%	0.1%
	Rentier (AVS), au foyer	12.4%	9.6%	18.7%	4.7%	7.5%	82.7%
	Aide sociale	15.9%	16.4%	14.9%	15.8%	16.8%	5.3%
	Ass. invalidité, accident	8.0%	7.4%	9.4%	4.0%	8.9%	3.2%
	Inactif, autre	0.8%	0.9%	0.6%	2.1%	0.7%	0.0%
Tabac	Total *		60.2%	39.8%	32.8%	61.7%	5.5%
	En emploi	38.2%	40.4%	34.8%	24.3%	49.0%	0.0%
	En recherche d'emploi	6.1%	6.6%	5.3%	4.0%	7.8%	0.0%
	En formation	18.6%	20.5%	15.5%	56.3%	0.4%	0.0%
	Rentier (AVS), au foyer	11.5%	7.8%	17.4%	2.6%	8.3%	100.0%
	Aide sociale	10.8%	12.5%	8.1%	8.8%	12.6%	0.0%
	Ass. invalidité, accident	14.3%	11.3%	18.9%	4.0%	21.1%	0.0%
	Inactif, autre	0.5%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%
Cannabis	Total *		81.2%	18.8%	80.3%	19.7%	(-)
	En emploi	20.2%	20.7%	17.7%	13.8%	46.4%	(-)
	En recherche d'emploi	9.7%	10.3%	6.8%	8.7%	13.7%	(-)
	En formation	48.1%	48.5%	46.3%	59.2%	2.1%	(-)
	Rentier (AVS), au foyer	5.4%	4.7%	8.3%	5.4%	5.2%	(-)
	Aide sociale	11.8%	11.1%	14.9%	9.7%	20.6%	(-)
	Ass. invalidité, accident	3.7%	3.4%	4.9%	1.8%	11.5%	(-)
	Inactif, autre	1.2%	1.2%	1.2%	1.3%	0.5%	(-)
Jeu de hasard	Total *		90.1%	9.9%	29.4%	68.3%	2.3%
	En emploi	64.0%	64.6%	57.9%	56.0%	69.3%	0.0%
	En recherche d'emploi	11.2%	11.3%	10.5%	10.4%	11.9%	0.0%
	En formation	4.9%	5.4%	0.0%	15.2%	0.4%	0.0%
	Rentier (AVS), au foyer	5.6%	5.1%	10.5%	5.6%	2.5%	87.5%
	Aide sociale	7.3%	7.8%	2.6%	8.0%	7.2%	12.5%
	Ass. invalidité, accident	6.6%	5.4%	18.4%	4.0%	8.3%	0.0%
	Inactif, autre	0.5%	0.5%	0.0%	0.8%	0.4%	0.0%

Notes : Suite de la Table à la page suivante
Les données de la colonne « Total » sont présentées graphiquement dans la Figure 16.
* Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations

Table A11 (suite): Employabilité dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Cocaïne et dérivés	Total *		79.4%	20.6%	36.4%	63.6%	(-)
	En emploi	38.4%	41.4%	26.7%	36.2%	39.7%	(-)
	En recherche d'emploi	14.7%	15.6%	11.1%	15.4%	14.2%	(-)
	En formation	4.6%	3.9%	7.3%	12.2%	0.4%	(-)
	Rentier (AVS), au foyer	5.9%	5.5%	7.6%	7.7%	5.0%	(-)
	Aide sociale	24.0%	22.5%	29.9%	20.9%	25.7%	(-)
	Ass. invalidité, accident	8.4%	7.0%	13.7%	2.9%	11.5%	(-)
	Inactif, autre	4.0%	4.0%	3.7%	4.7%	3.5%	(-)
Opioïdes	Total *		75.8%	24.2%	21.2%	78.4%	0.4%
	En emploi	22.0%	23.5%	17.2%	22.5%	21.8%	28.6%
	En recherche d'emploi	17.3%	18.4%	13.9%	21.7%	16.2%	0.0%
	En formation	1.5%	1.7%	0.7%	5.7%	0.3%	0.0%
	Rentier (AVS), au foyer	6.1%	4.6%	10.8%	8.0%	5.4%	50.0%
	Aide sociale	37.6%	37.3%	38.6%	34.8%	38.5%	21.4%
	Ass. invalidité, accident	11.3%	10.2%	14.9%	2.4%	13.8%	0.0%
	Inactif, autre	4.2%	4.3%	3.8%	4.8%	4.0%	0.0%

Notes : Les données de la colonne « Total » sont présentées graphiquement dans la Figure 16.
* Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations

Table A12: Situation de logement dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (act-info 2017)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Alcool	Total *		70.1%	29.9%	11.5%	81.6%	6.9%
	Stable	85.8%	85.1%	87.4%	77.9%	86.3%	92.9%
	Instable	4.8%	5.2%	3.8%	7.6%	4.7%	1.4%
	Institution	9.4%	9.7%	8.8%	14.5%	9.1%	5.8%
Tabac	Total *		60.2%	39.8%	32.8%	61.7%	5.5%
	Stable	91.4%	90.1%	93.3%	88.7%	91.6%	98.0%
	Instable	2.1%	2.7%	1.3%	3.3%	1.8%	0.0%
	Institution	6.5%	7.2%	5.4%	7.9%	6.6%	2.0%
Cannabis	Total *		81.2%	18.8%	80.3%	19.7%	(-)
	Stable	83.8%	84.5%	80.7%	84.6%	80.6%	(-)
	Instable	5.2%	4.5%	8.2%	5.1%	5.6%	(-)
	Institution	11.0%	11.0%	11.1%	10.3%	13.7%	(-)
Jeu de hasard	Total *		90.1%	9.9%	29.4%	68.3%	2.3%
	Stable	87.7%	87.4%	91.4%	85.6%	88.0%	100.0%
	Instable	7.5%	7.4%	8.6%	8.1%	7.8%	0.0%
	Institution	4.8%	5.3%	0.0%	6.3%	4.3%	0.0%
Cocaïne et dérivés	Total *		79.4%	20.6%	36.4%	63.6%	(-)
	Stable	66.1%	66.0%	66.3%	69.0%	64.5%	(-)
	Instable	7.7%	7.6%	8.2%	9.0%	7.0%	(-)
	Institution	26.2%	26.4%	25.4%	22.0%	28.5%	(-)
Opioïdes	Total *		75.8%	24.2%	21.2%	78.4%	0.4%
	Stable	61.2%	60.9%	62.4%	57.2%	62.2%	100.0%
	Instable	8.6%	8.4%	9.5%	9.6%	8.4%	0.0%
	Institution	30.1%	30.8%	28.1%	33.2%	29.4%	0.0%

Notes : Les données de la colonne « Total » sont représentées graphiquement dans la Figure 17.
* Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations

Table A13: Isolement social dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Population générale	Total *		49.6%	50.4%	20.8%	58.5%	20.7%
	Contacts sociaux	92.9%	96.2%	89.8%	99.9%	98.1%	71.3%
	Situation d'isolement	7.1%	3.8%	10.2%	0.1%	1.9%	28.7%
Alcool	Total *		70.1%	29.9%	11.5%	81.6%	6.9%
	Contacts sociaux	86.5%	87.1%	85.1%	93.6%	87.0%	68.9%
	Situation d'isolement	13.5%	12.9%	14.9%	6.4%	13.0%	31.1%
Tabac	Total *		60.2%	39.8%	32.8%	61.7%	5.5%
	Contacts sociaux	85.7%	87.7%	82.5%	98.3%	81.8%	57.1%
	Situation d'isolement	14.3%	12.3%	17.5%	1.7%	18.2%	42.9%
Cannabis	Total *		81.2%	18.8%	80.3%	19.7%	(-)
	Contacts sociaux	94.3%	94.7%	92.4%	96.8%	84.3%	(-)
	Situation d'isolement	5.7%	5.3%	7.6%	3.2%	15.7%	(-)
Jeu de hasard	Total *		90.1%	9.9%	29.4%	68.3%	2.3%
	Contacts sociaux	93.2%	93.8%	86.7%	92.4%	93.4%	100.0%
	Situation d'isolement	6.8%	6.2%	13.3%	7.6%	6.6%	0.0%
Cocaïne et dérivés	Total *		79.4%	20.6%	36.4%	63.6%	(-)
	Contacts sociaux	86.9%	87.5%	84.8%	92.2%	84.0%	(-)
	Situation d'isolement	13.1%	12.5%	15.2%	7.8%	16.0%	(-)
Opioïdes	Total *		75.8%	24.2%	21.2%	78.4%	0.4%
	Contacts sociaux	79.8%	78.2%	84.6%	92.0%	76.4%	78.6%
	Situation d'isolement	20.2%	21.8%	15.4%	8.0%	23.6%	21.4%

Notes : Les données de la colonne « Total » sont représentées graphiquement dans la Figure 18.
* Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations

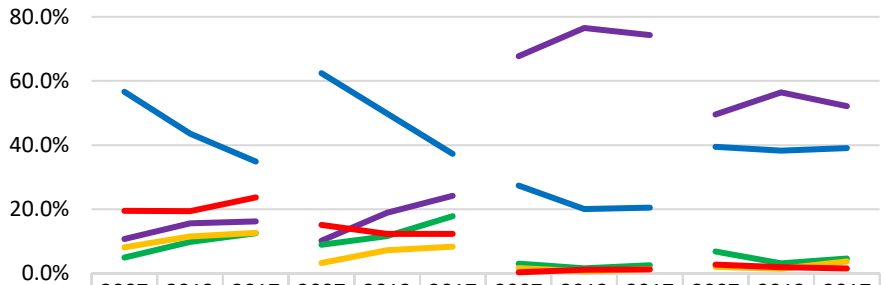
Table A14: Sentiment d'auto-dévalorisation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances ou de jeu de hasard, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2017, act-info 2017)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Population générale	Total *		49.6%	50.4%	20.8%	58.5%	20.7%
	Jamais	71.1%	75.0%	67.4%	61.5%	71.2%	80.2%
	Parfois ou plus fréquent	28.9%	25.0%	32.6%	38.5%	28.8%	19.8%
Alcool	Total *		70.1%	29.9%	11.5%	81.6%	6.9%
	Jamais	53.1%	58.4%	42.1%	59.0%	51.8%	62.2%
	Parfois ou plus fréquent	46.9%	41.6%	57.9%	41.0%	48.2%	37.8%
Tabac	Total *		60.2%	39.8%	32.8%	61.7%	5.5%
	Jamais	52.2%	56.5%	43.3%	58.9%	45.8%	88.9%
	Parfois ou plus fréquent	47.8%	43.5%	56.7%	41.1%	54.2%	11.1%
Cannabis	Total *		81.2%	18.8%	80.3%	19.7%	(-)
	Jamais	62.1%	67.1%	44.4%	73.0%	45.3%	(-)
	Parfois ou plus fréquent	37.9%	32.9%	55.6%	27.0%	54.7%	(-)
Jeu de hasard	Total *		90.1%	9.9%	29.4%	68.3%	2.3%
	Jamais	50.7%	50.0%	66.7%	52.4%	51.1%	0.0%
	Parfois ou plus fréquent	49.3%	50.0%	33.3%	47.6%	48.9%	100.0%
Cocaïne et dérivés	Total *		79.4%	20.6%	36.4%	63.6%	(-)
	Jamais	51.1%	55.6%	34.0%	54.6%	49.5%	(-)
	Parfois ou plus fréquent	48.9%	44.4%	66.0%	45.4%	50.5%	(-)
Opioïdes	Total *		75.8%	24.2%	21.2%	78.4%	0.4%
	Jamais	58.0%	61.5%	46.8%	50.9%	60.2%	100.0%
	Parfois ou plus fréquent	42.0%	38.5%	53.2%	49.1%	39.8%	0.0%

Notes : Les données de la colonne « Total » sont représentées graphiquement dans la Figure 19.
* Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations

8.2 Figures

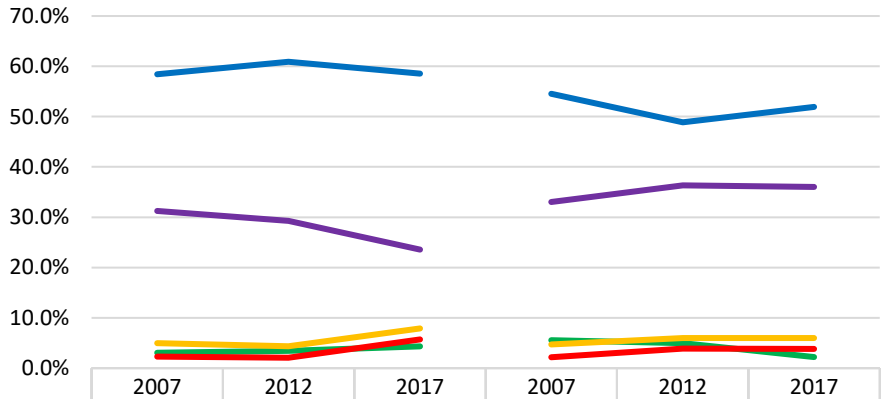
Figure A1: Niveau de formation des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Population générale*			Population générale			Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	Abstinents ou Risque faible			Usage à risque ou problématique								
Scolarité obligatoire	10.7%	15.6%	16.2%	10.2%	18.9%	24.2%	67.8%	76.5%	74.3%	49.6%	56.4%	52.2%
Secondaire: professionnel	56.7%	43.5%	34.9%	62.4%	49.8%	37.3%	27.4%	20.1%	20.5%	39.4%	38.2%	39.1%
Secondaire: général	5.0%	9.9%	12.5%	9.0%	11.6%	17.9%	3.0%	1.6%	2.6%	6.9%	3.1%	4.6%
Tertiaire: professionnel sup.	8.1%	11.6%	12.6%	3.3%	7.3%	8.3%	1.6%	0.7%	1.4%	2.0%	1.4%	3.8%
Tertiaire: HES, UNI	19.5%	19.4%	23.7%	15.1%	12.4%	12.3%	0.4%	1.1%	1.3%	2.8%	1.9%	1.6%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 52'471 (population générale*), 772 (population générale), 6'460 (Ambulatoire), 629 (Résidentiel).

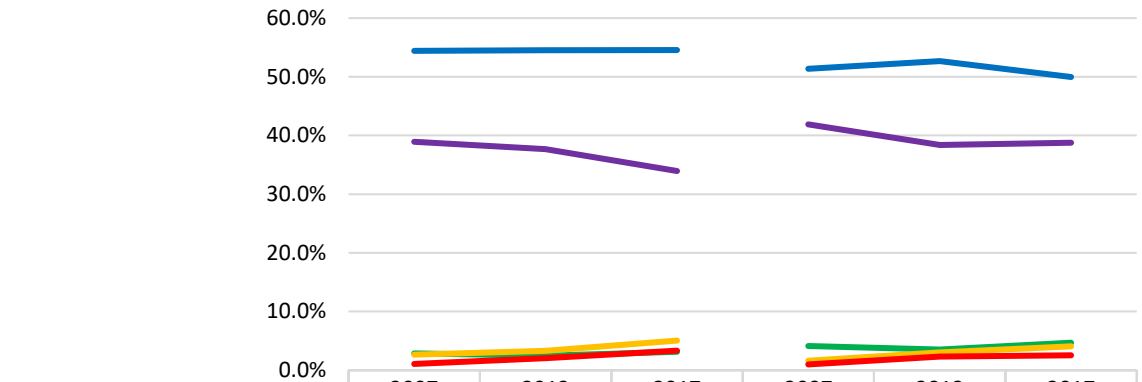
Figure A2: Niveau de formation des personnes avec usage problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
Scolarité obligatoire	31.2%	29.3%	23.6%	33.0%	36.3%	36.0%
Secondaire: professionnel	58.4%	60.9%	58.5%	54.6%	48.9%	51.9%
Secondaire: général	3.1%	3.4%	4.3%	5.5%	5.0%	2.2%
Tertiaire: professionnel sup.	5.0%	4.3%	7.9%	4.7%	6.0%	6.0%
Tertiaire: HES, UNI	2.3%	2.1%	5.7%	2.2%	3.9%	3.8%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 1’950 (Ambulatoire), 1’739 (Résidentiel).

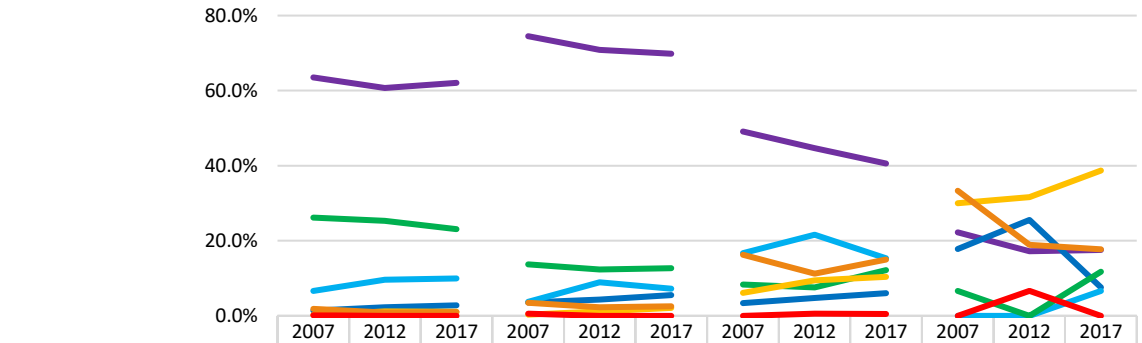
Figure A3: Niveau de formation des personnes avec usage problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017)



	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017
Scolarité obligatoire	38.9%	37.7%	33.9%	41.9%	38.4%	38.7%
Secondaire: professionnel	54.4%	54.5%	54.6%	51.4%	52.7%	50.0%
Secondaire: général	2.9%	2.5%	3.1%	4.1%	3.5%	4.7%
Tertiaire: professionnel sup.	2.7%	3.3%	5.1%	1.6%	3.0%	4.1%
Tertiaire: HES, UNI	1.1%	2.0%	3.3%	1.0%	2.3%	2.5%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 2'518 (Ambulatoire), 2'075 (Résidentiel).

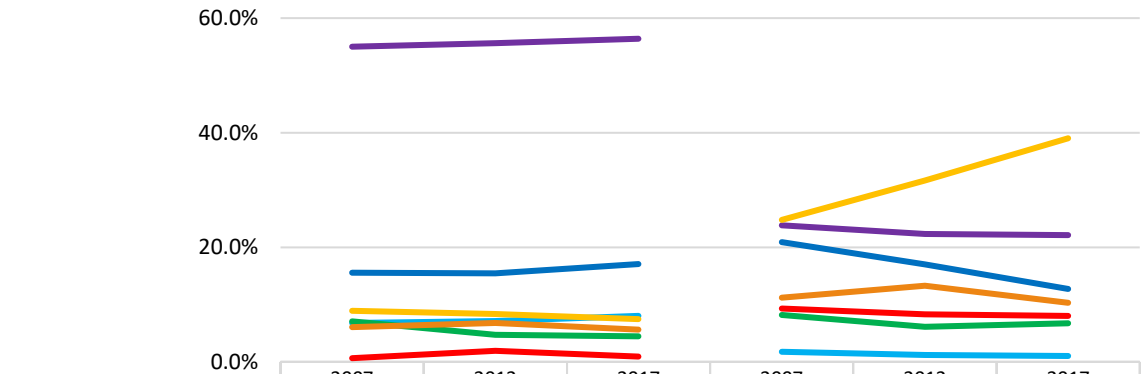
Figure A4: Employabilité des personnes avec usage à risque ou problématique de tabac (ESS & act-info ; 2007-2017)



	Abstinents ou Risque faible			Usage à risque ou problématique								
	Population générale*			Population générale			Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
En emploi	63.5%	60.7%	62.1%	74.5%	70.9%	69.8%	49.1%	44.7%	40.6%	22.2%	17.2%	17.6%
En recherche d'emploi	1.4%	2.3%	2.8%	3.6%	4.4%	5.6%	3.4%	4.8%	6.0%	17.8%	25.6%	7.6%
En formation	6.6%	9.6%	10.0%	3.8%	8.9%	7.2%	16.7%	21.6%	15.3%	0.0%	0.0%	6.7%
Rentier (AVS), au foyer	26.2%	25.3%	23.1%	13.8%	12.4%	12.7%	8.4%	7.6%	12.2%	6.7%	0.0%	11.8%
Aide sociale	0.3%	1.2%	1.1%	0.3%	1.2%	2.1%	6.2%	9.5%	10.4%	30.0%	31.7%	38.7%
Ass. invalidité, accident	1.9%	0.9%	1.0%	3.5%	2.3%	2.6%	16.3%	11.3%	15.0%	33.3%	18.9%	17.7%
Inactif, autre	0.1%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.5%	0.0%	6.7%	0.0%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 47'043 (population générale*), 11'708 (population générale), 1'066 (Ambulatoire), 87 (Résidentiel).

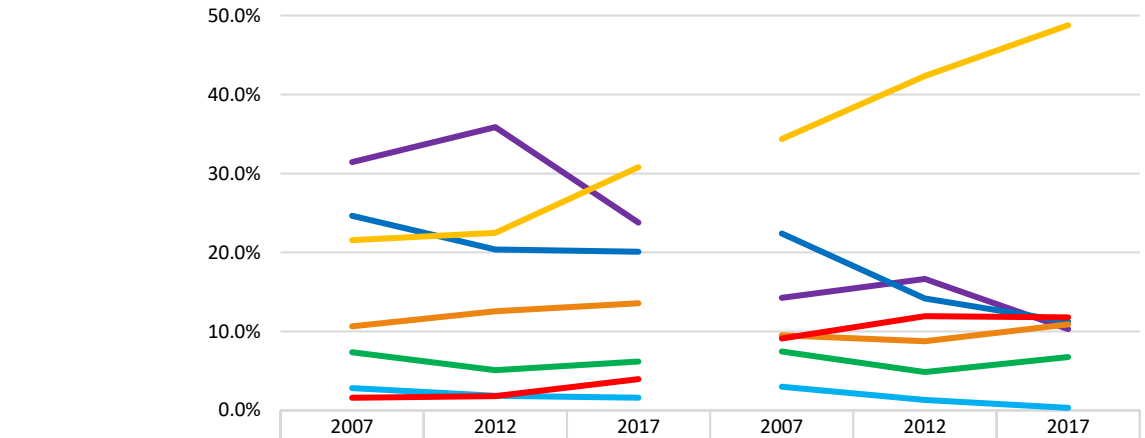
Figure A5: Employabilité des personnes avec usage problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
En emploi	55.0%	55.6%	56.4%	23.8%	22.3%	22.1%
En recherche d'emploi	15.5%	15.5%	17.1%	20.9%	17.0%	12.7%
En formation	6.8%	7.1%	8.0%	1.7%	1.2%	1.0%
Rentier (AVS), au foyer	7.1%	4.7%	4.5%	8.2%	6.1%	6.7%
Aide sociale	8.9%	8.4%	7.5%	24.8%	31.7%	39.0%
Ass. invalidité, accident	6.0%	6.8%	5.6%	11.2%	13.3%	10.3%
Inactif, autre	0.6%	1.9%	0.9%	9.3%	8.3%	8.0%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 2'151 (Ambulatoire), 1'753 (Résidentiel).

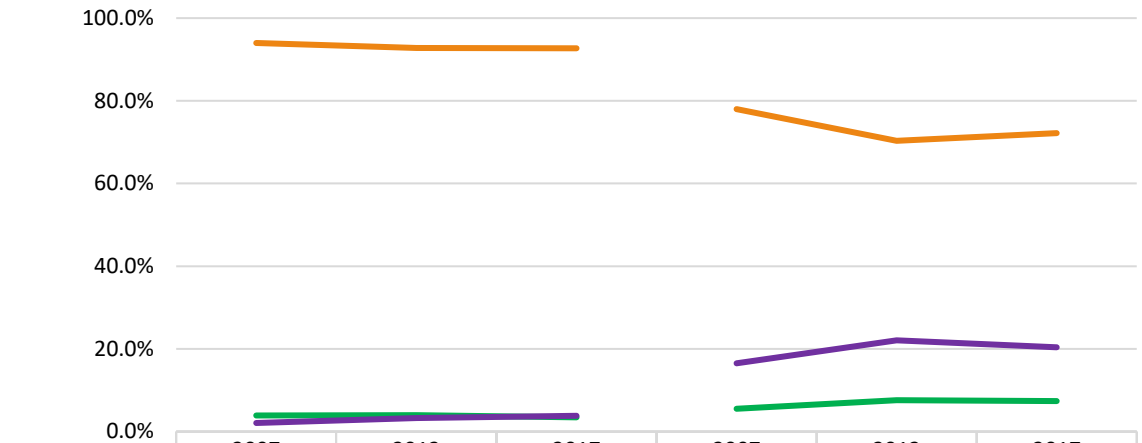
Figure A6: Employabilité des personnes avec usage problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Ambulatoire			Résidentiel		
En emploi	31.4%	35.9%	23.8%	14.2%	16.6%	10.3%
En recherche d'emploi	24.6%	20.4%	20.1%	22.4%	14.2%	11.2%
En formation	2.8%	1.9%	1.6%	3.0%	1.3%	0.3%
Rentier (AVS), au foyer	7.3%	5.1%	6.2%	7.4%	4.8%	6.8%
Aide sociale	21.6%	22.5%	30.8%	34.3%	42.4%	48.8%
Ass. invalidité, accident	10.6%	12.5%	13.6%	9.5%	8.8%	10.9%
Inactif, autre	1.6%	1.8%	4.0%	9.1%	11.9%	11.8%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 2'682 (Ambulatoire), 1'832 (Résidentiel).

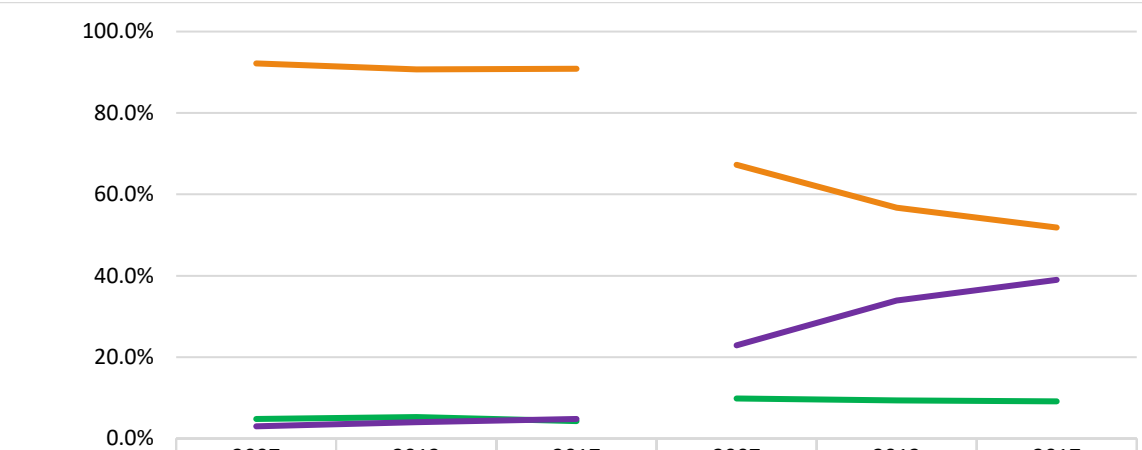
Figure A7: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique d'alcool (act-info 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
Stable	94.0%	92.7%	92.7%	78.0%	70.3%	72.2%
Instable	3.9%	4.0%	3.4%	5.5%	7.6%	7.4%
Institution	2.1%	3.3%	3.8%	16.5%	22.1%	20.4%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 24'530 (Ambulatoire), 11'292 (Résidentiel).

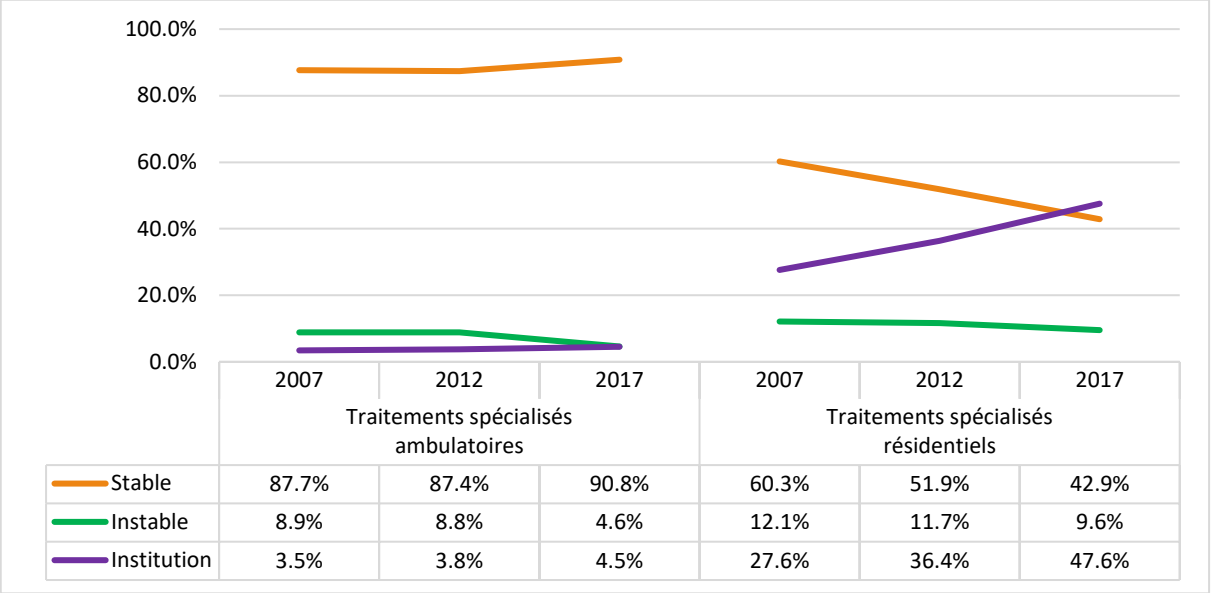
Figure A8: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (act-info 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
Stable	92.2%	90.7%	90.9%	67.2%	56.7%	51.8%
Instable	4.8%	5.3%	4.3%	9.8%	9.4%	9.2%
Institution	3.0%	4.0%	4.8%	22.9%	33.9%	39.0%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 6'720 (Ambulatoire), 653 (Résidentiel).

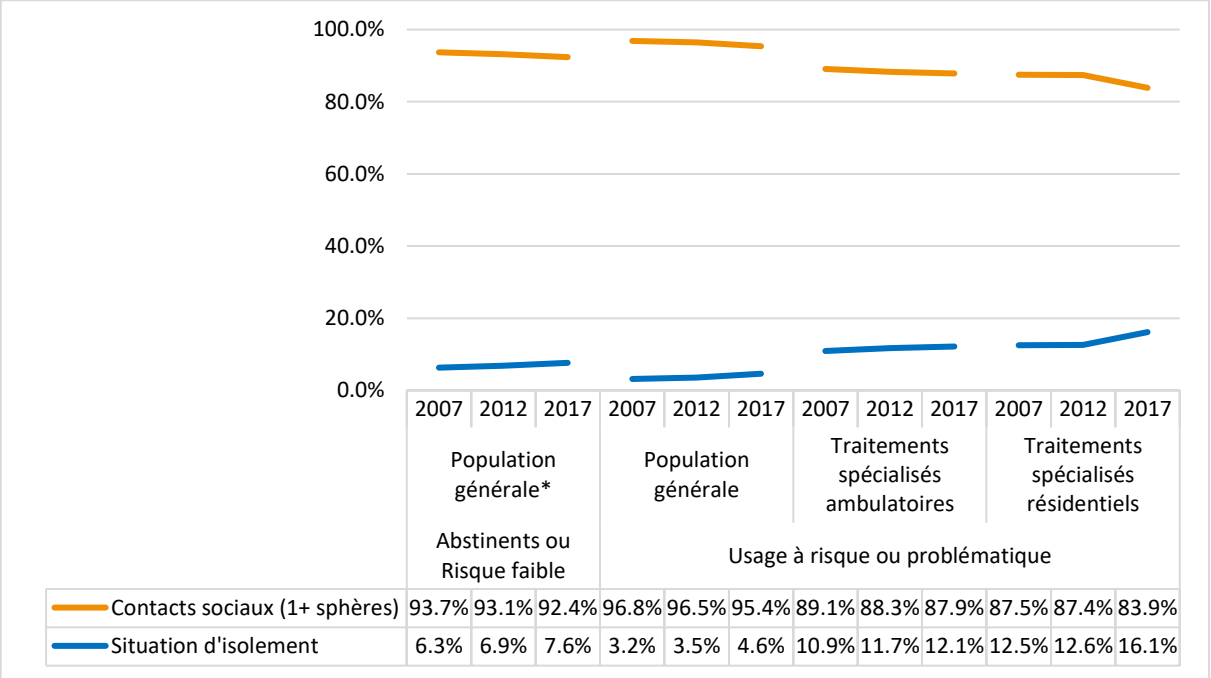
Figure A9: Situation de logement des personnes avec usage à risque ou problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017)



	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017
Stable	87.7%	87.4%	90.8%	60.3%	51.9%	42.9%
Instable	8.9%	8.8%	4.6%	12.1%	11.7%	9.6%
Institution	3.5%	3.8%	4.5%	27.6%	36.4%	47.6%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 2'027 (Ambulatoire), 1'752 (Résidentiel).

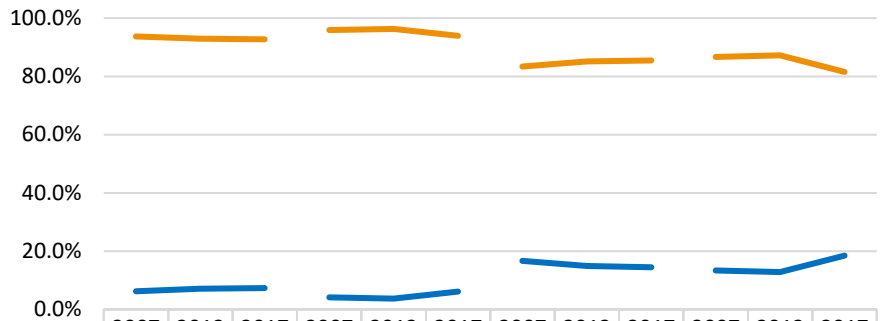
Figure A10: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique d'alcool (ESS & act-info ; 2007-2017)



	Population générale*			Population générale			Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Abstinents ou Risque faible			Usage à risque ou problématique								
Contacts sociaux (1+ sphères)	93.7%	93.1%	92.4%	96.8%	96.5%	95.4%	89.1%	88.3%	87.9%	87.5%	87.4%	83.9%
Situation d'isolement	6.3%	6.9%	7.6%	3.2%	3.5%	4.6%	10.9%	11.7%	12.1%	12.5%	12.6%	16.1%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 49'682 (population générale*), 9'048 (population générale), 23'121 (Ambulatoire), 11'046 (Résidentiel).

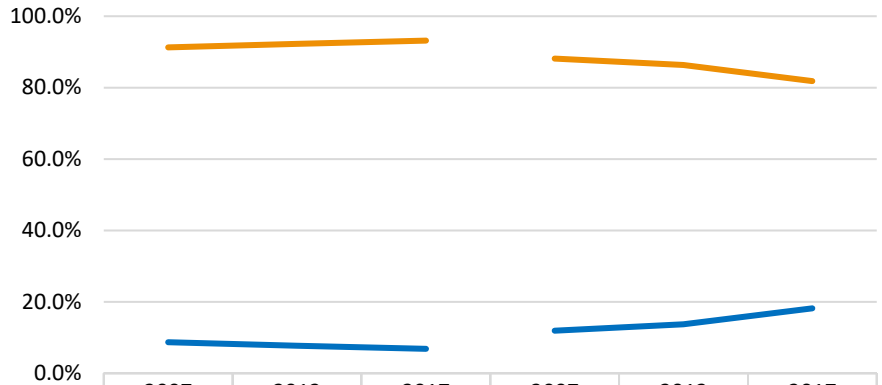
Figure A11: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique d'alcool (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Population générale*			Population générale			Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
	Abstinents ou Risque faible			Usage à risque ou problématique								
Contacts sociaux (1+ sphères)	93.7%	92.9%	92.7%	95.9%	96.3%	93.9%	83.4%	85.1%	85.5%	86.7%	87.2%	81.5%
Situation d'isolement	6.3%	7.1%	7.3%	4.1%	3.7%	6.1%	16.6%	14.9%	14.5%	13.3%	12.8%	18.5%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 49'682 (population générale*), 9'048 (population générale), 23'121 (Ambulatoire), 11'046 (Résidentiel).

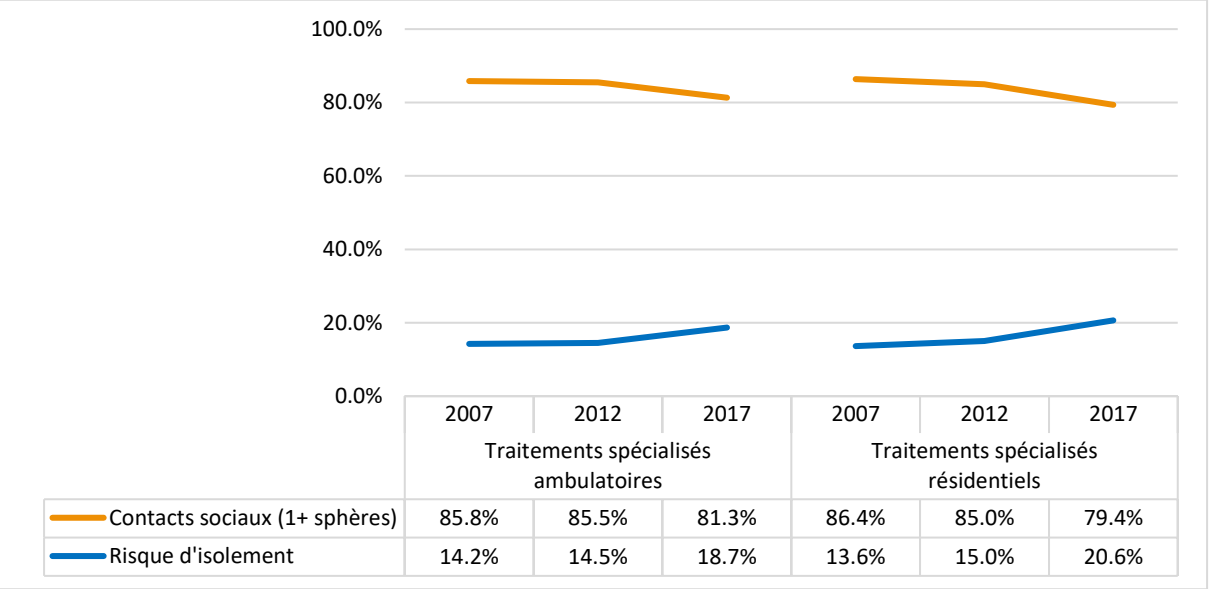
Figure A12: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
Contacts sociaux (1+ sphères)	91.3%	92.3%	93.2%	88.1%	86.3%	81.8%
Risque d'isolement	8.7%	7.7%	6.8%	11.9%	13.7%	18.2%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 2'070 (Ambulatoire), 1'704 (Résidentiel).

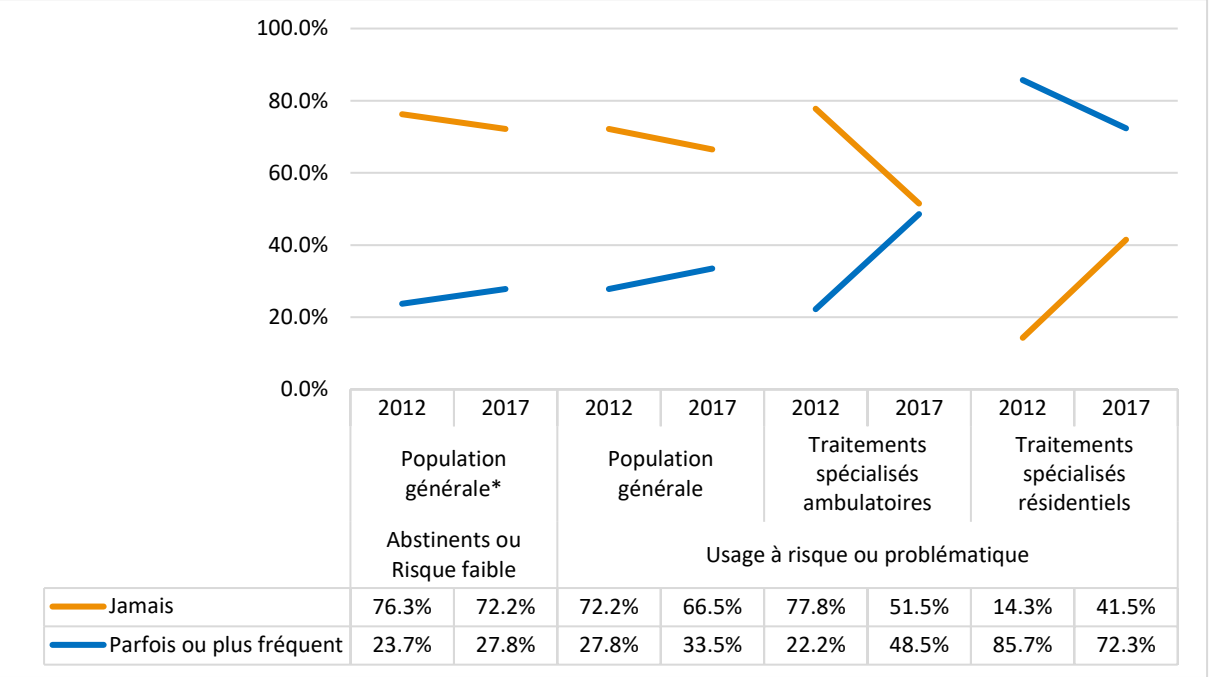
Figure A13: Situation d'isolement social des personnes avec usage à risque ou problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Traitements spécialisés ambulatoires			Traitements spécialisés résidentiels		
Contacts sociaux (1+ sphères)	85.8%	85.5%	81.3%	86.4%	85.0%	79.4%
Risque d'isolement	14.2%	14.5%	18.7%	13.6%	15.0%	20.6%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 2'696 (Ambulatoire), 2'036 (Résidentiel).

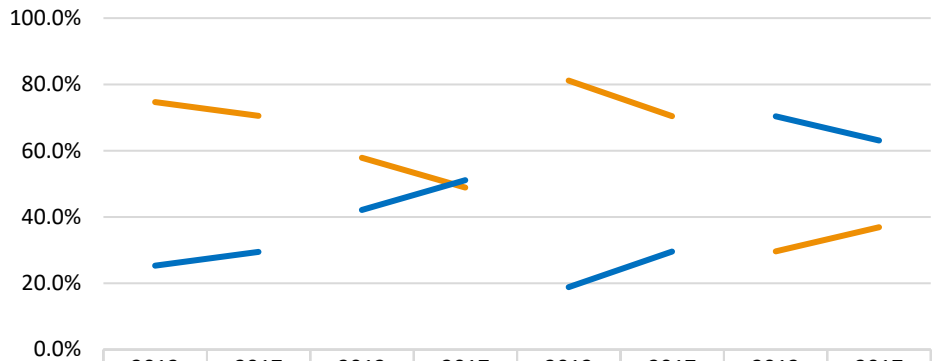
Figure A14: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique de tabac (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
	Population générale*		Population générale		Traitements spécialisés ambulatoires		Traitements spécialisés résidentiels	
	Abstinents ou Risque faible		Usage à risque ou problématique					
Jamais	76.3%	72.2%	72.2%	66.5%	77.8%	51.5%	14.3%	41.5%
Parfois ou plus fréquent	23.7%	27.8%	27.8%	33.5%	22.2%	48.5%	85.7%	72.3%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 29'028 (population générale*), 6'673 (population générale), 92 (Ambulatoire), 40 (Résidentiel).

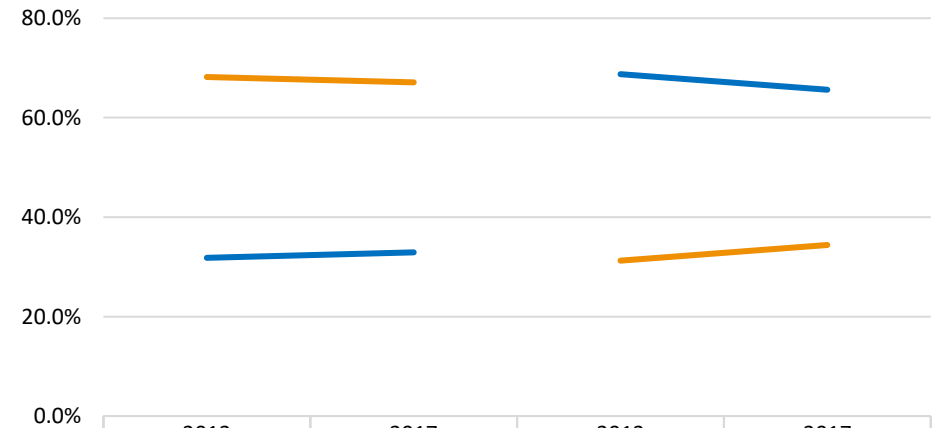
Figure A15: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique de cannabis (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
	Population générale*		Population générale		Traitements spécialisés ambulatoires		Traitements spécialisés résidentiels	
	Abstinents ou Risque faible		Usage à risque ou problématique					
Jamais	74.6%	70.6%	57.9%	48.9%	81.2%	70.4%	29.6%	36.9%
Parfois ou plus fréquent	25.4%	29.4%	42.1%	51.1%	18.8%	29.6%	70.4%	63.1%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 32'182 (population générale*), 389 (population générale), 448 (Ambulatoire), 129 (Résidentiel).

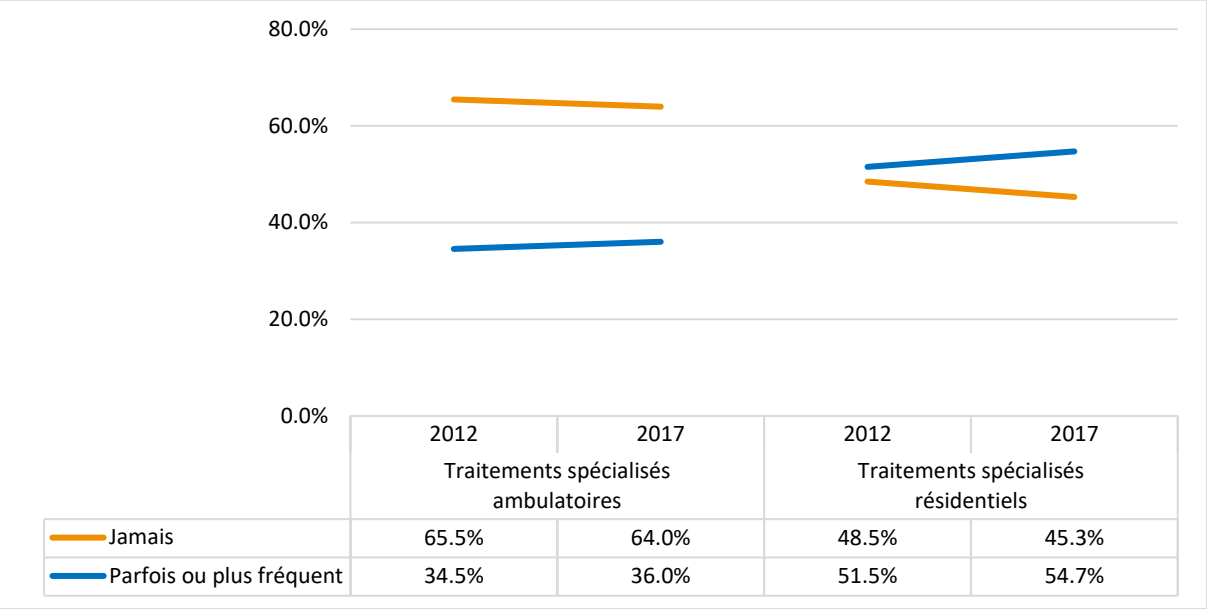
Figure A16: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique de cocaïne et dérivés (act-info 2007-2017)



	2012	2017	2012	2017
	Traitements spécialisés ambulatoires		Traitements spécialisés résidentiels	
Jamais	68.2%	67.1%	31.3%	34.4%
Parfois ou plus fréquent	31.8%	32.9%	68.8%	65.6%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 32'182 (population générale*), 389 (population générale), 448 (Ambulatoire), 129 (Résidentiel).

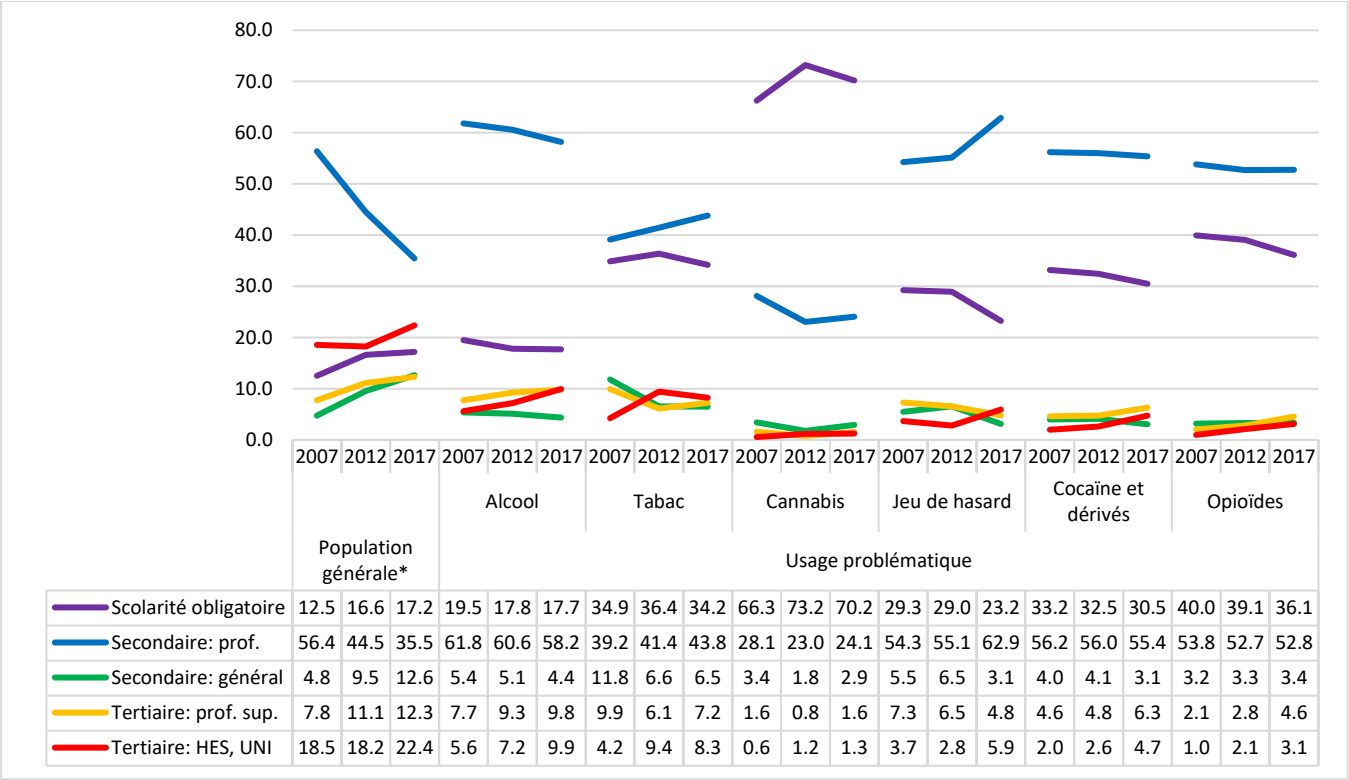
Figure A17: Sentiment d'auto-dévalorisation des personnes avec usage à risque ou problématique d'opioïdes (act-info 2007-2017)



	2012	2017	2012	2017
	Traitements spécialisés ambulatoires		Traitements spécialisés résidentiels	
Jamais	65.5%	64.0%	48.5%	45.3%
Parfois ou plus fréquent	34.5%	36.0%	51.5%	54.7%

Notes : Total colonne = 100% ; N = 169 (Ambulatoire), 118 (Résidentiel).

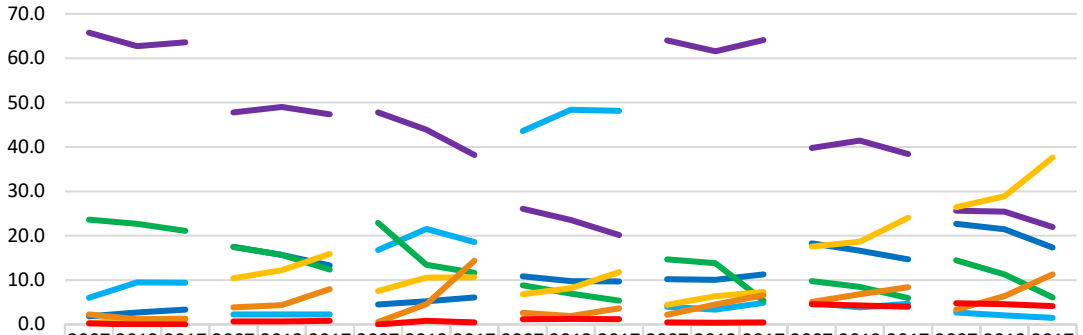
Figure A18: Niveau de formation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS & act-info ; 2007-2017)



	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
	Population générale*			Usage problématique																	
				Alcool			Tabac			Cannabis			Jeu de hasard			Cocaïne et dérivés			Opioïdes		
Scolarité obligatoire	12.5	16.6	17.2	19.5	17.8	17.7	34.9	36.4	34.2	66.3	73.2	70.2	29.3	29.0	23.2	33.2	32.5	30.5	40.0	39.1	36.1
Secondaire: prof.	56.4	44.5	35.5	61.8	60.6	58.2	39.2	41.4	43.8	28.1	23.0	24.1	54.3	55.1	62.9	56.2	56.0	55.4	53.8	52.7	52.8
Secondaire: général	4.8	9.5	12.6	5.4	5.1	4.4	11.8	6.6	6.5	3.4	1.8	2.9	5.5	6.5	3.1	4.0	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4
Tertiaire: prof. sup.	7.8	11.1	12.3	7.7	9.3	9.8	9.9	6.1	7.2	1.6	0.8	1.6	7.3	6.5	4.8	4.6	4.8	6.3	2.1	2.8	4.6
Tertiaire: HES, UNI	18.5	18.2	22.4	5.6	7.2	9.9	4.2	9.4	8.3	0.6	1.2	1.3	3.7	2.8	5.9	2.0	2.6	4.7	1.0	2.1	3.1

Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé, y compris ceux dépassant un seuil d'usage à risque.

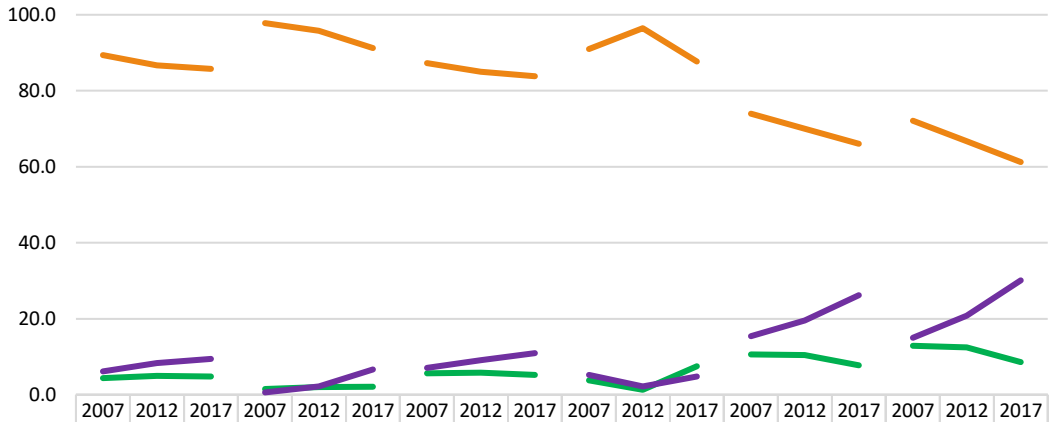
Figure A19: Employabilité dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS & act-info ; 2007-2017)



	Population générale*			Usage problématique																	
				Alcool			Tabac			Cannabis			Jeu de hasard			Cocaïne et dérivés			Opioïdes		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
En emploi	65.8	62.8	63.6	47.8	49.0	47.3	47.8	43.9	38.2	26.1	23.6	20.2	64.0	61.6	64.1	39.8	41.4	38.4	25.7	25.4	22.0
En recherche d'emploi	1.8	2.7	3.3	17.5	15.7	13.3	4.5	5.2	6.1	10.8	9.8	9.7	10.2	10.1	11.2	18.3	16.6	14.6	22.7	21.4	17.3
En formation	6.0	9.5	9.4	2.2	2.3	2.2	16.8	21.6	18.6	43.6	48.4	48.2	4.0	3.4	4.9	4.8	3.8	4.6	2.7	2.1	1.5
Rentier (AVS), au foyer	23.6	22.7	21.1	17.5	15.7	12.4	22.9	13.5	11.6	8.8	6.9	5.4	14.7	13.8	5.4	9.8	8.4	5.9	14.4	11.3	6.1
Aide sociale	0.3	1.2	1.3	10.4	12.2	15.9	7.5	10.5	10.7	6.8	8.1	11.8	4.4	6.3	7.3	17.5	18.6	24.0	26.4	28.9	37.6
Ass. invalidité, accident	2.2	1.2	1.3	3.8	4.4	8.0	0.6	4.5	14.4	2.7	1.9	3.7	2.2	4.5	6.6	5.1	6.8	8.4	3.3	6.3	11.3
Inactif, autre	0.2	0.0	0.0	0.7	0.7	0.8	0.0	0.8	0.5	1.2	1.2	1.2	0.4	0.4	0.5	4.6	4.3	4.0	4.8	4.6	4.2

Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé, y.c. ceux dépassant un seuil d'usage à risque.

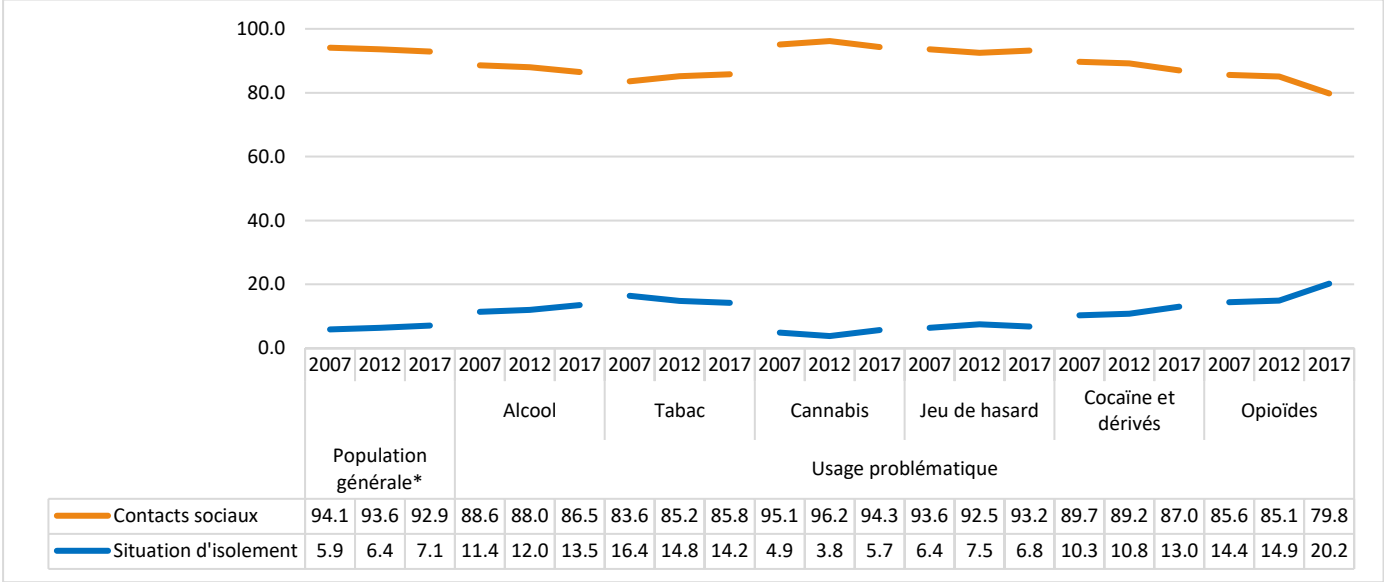
Figure A20: Situation de logement parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (act-info 2007-2017)



	Usage problématique																	
	Alcool			Tabac			Cannabis			Jeu de hasard			Cocaïne et dérivés			Opioïdes		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
Stable	89.4	86.7	85.8	97.8	95.8	91.3	87.3	85.0	83.8	91.0	96.5	87.7	74.0	70.0	66.1	72.1	66.8	61.2
Instable	4.4	5.0	4.8	1.6	2.0	2.1	5.6	5.9	5.2	3.8	1.3	7.5	10.6	10.4	7.7	12.9	12.5	8.6
Institution	6.2	8.4	9.4	0.6	2.2	6.6	7.1	9.1	11.0	5.2	2.2	4.8	15.4	19.6	26.2	15.0	20.8	30.1

Note : Total colonne = 100%

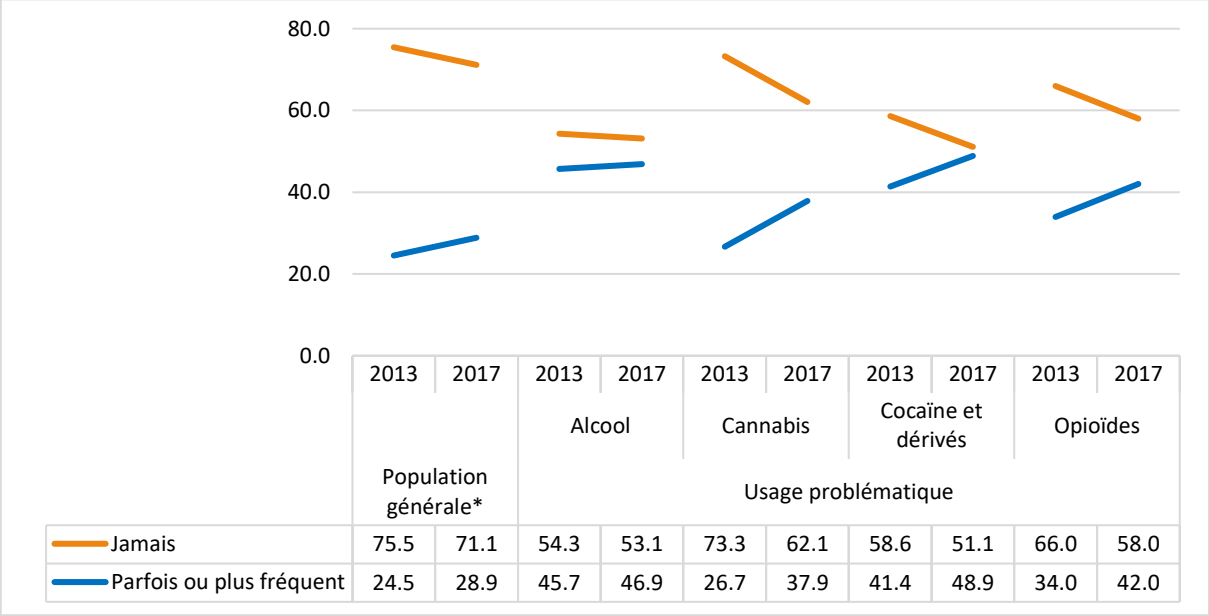
Figure A21: Situation d'isolement social dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS & act-info ; 2007-2017)



	Population générale*			Usage problématique																	
				Alcool			Tabac			Cannabis			Jeu de hasard			Cocaïne et dérivés			Opioïdes		
	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017	2007	2012	2017
Contacts sociaux	94.1	93.6	92.9	88.6	88.0	86.5	83.6	85.2	85.8	95.1	96.2	94.3	93.6	92.5	93.2	89.7	89.2	87.0	85.6	85.1	79.8
Situation d'isolement	5.9	6.4	7.1	11.4	12.0	13.5	16.4	14.8	14.2	4.9	3.8	5.7	6.4	7.5	6.8	10.3	10.8	13.0	14.4	14.9	20.2

Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé, y compris ceux dépassant un seuil d'usage à risque.

Figure A22: Sentiment d'auto-dévalorisation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard sollicitant un traitement, synthèse (ESS & act-info ; 2007-2017)



	Population générale*		Usage problématique							
			Alcool		Cannabis		Cocaïne et dérivés		Opioïdes	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Jamais	75.5	71.1	54.3	53.1	73.3	62.1	58.6	51.1	66.0	58.0
Parfois ou plus fréquent	24.5	28.9	45.7	46.9	26.7	37.9	41.4	48.9	34.0	42.0

Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondants à l'Enquête Suisse sur la Santé, y compris ceux dépassant un seuil d'usage à risque ; aucune tendance calculée pour le pour le tabac et le jeu de nasard car le nombre de traitements résidentiels est trop faible en 2013 pour obtenir une pondération équilibrée.