

Première demande de prise en charge des dépendances

Clients et clientes pris-es en charge pour la première fois: évolution entre 2005 et 2009

1. Une offre diversifiée pour répondre à différents besoins

Les problèmes liés à l'usage de substances psychotropes constituant des troubles de longue durée voire chroniques, nombreuses sont les personnes ayant des problèmes de dépendance qui sollicitent à plusieurs reprises une aide thérapeutique au cours de leur vie (Dennis & Scott, 2007). En effet, les données du système de monitoring *act-info* révèlent qu'une grande partie des clients et clientes qui commencent un traitement spécialisé des dépendances en ont déjà suivi un ou plusieurs autres par le passé (p. ex. Maffli et al., 2010). C'est ainsi qu'au cours des différentes phases de l'existence, diverses offres de prises en charge peuvent être mises à contribution. De plus, les prises en charge secondaires peuvent bénéficier des progrès thérapeutiques résultant des traitements précédents.

En Suisse, les personnes ayant des problèmes de dépendance disposent d'une large palette d'offres de soutien individuel: de l'accompagnement anonyme auprès de structures à bas seuil aux consultations resp. thérapies ambulatoires et programmes de substitution, en passant par les thérapies de courte, moyenne et longue durées dans des établissements résidentiels spécialisés jusqu'aux unités spéciales pour patients et patientes présentant un double diagnostic (voir www.indexaddictions.ch). Non seulement cette diversité permet de choisir une offre adaptée aux besoins des clients et clientes, mais elle accroît en outre les chances que les offres à disposition soient effectivement sollicitées par les personnes concernées.

Les personnes qui développent une dépendance ont une probabilité accrue de demander pour la première fois une aide professionnelle si elles craignent ou sont déjà confrontées à des conséquences négatives sérieuses en lien avec leur comportement (Gache, 2003). C'est par exemple le cas lorsque des proches ou l'employeur les poussent à solliciter un traitement ou lorsqu'elles y sont contraintes par les autorités. Cependant, on peut supposer que face à des problèmes grandissants, la plupart des personnes concernées chercheront de l'aide également sans pression de l'extérieur (Tooley & Moyers, 2012).

2. Les premières prises en charge en tant qu'indicateur des tendances de consommation actuelles

Même si les premières prises en charge pour problèmes de dépendance ne représentent qu'une minorité des admissions enregistrées annuellement par le système de prise en charge des dépendances (p. ex. Maffli et al., 2010), elles constituent un indicateur important des tendances actuelles en matière de consommation problématique de substances psychotropes au sein de la population générale venant compléter ceux d'autres sources d'information (p. ex. enquêtes épidémiologiques ou chiffres des ventes).

Dans une perspective temporelle, le tout premier contact d'une personne avec une institution prenant en charge des problèmes de dépendance se situe, comparé à ses éventuelles réadmissions ultérieures, au plus près de la première manifestation des problèmes d'addiction. C'est ainsi que l'on peut porter une attention particulière aux données relatives aux nouveaux clients et clientes, p. ex. pour ce qui est des nouvelles substances apparaissant sur le marché ou par rapport aux comportements à risque en lien avec l'usage de substances psychotropes. C'est en outre à l'occasion d'une toute première prise en charge que des informations sur l'apparition et le développement des consommations de la personne concernée peuvent être récoltées pour la première fois. Les données relatives à la toute première demande de prise en charge apportent également des connaissances sur le profil des personnes dont les conséquences de leur consommation se révèlent suffisamment alarmantes pour qu'elles fassent le pas d'une première demande d'aide professionnelle. Les données correspondantes sont ainsi une source d'information précieuse au sujet de la population des personnes dont les problèmes de dépendance ont débuté il y a peu mais s'avèrent déjà sérieux. Ces informations se révèlent particulièrement pertinentes en vue de l'élaboration de mesures de prévention ciblées, car elles ne peuvent être obtenues que de façon très limitée par d'autres canaux tels que les enquêtes auprès de la population générale (Goddard, 2002).

La base de données du système de monitoring *act-info* (voir encadré) permet d'identifier les clients et clientes qui ont sollicité pour la première fois un conseil ou un traitement professionnels relatifs aux dépendances. C'est donc à cette catégorie spécifique de clients et clientes qu'est consacré le présent numéro d'Eclairages.

Le système national de monitoring *act-info* comprend cinq secteurs de prise en charge qui correspondent aux statistiques sectorielles suivantes: statistique du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance (SAMBAD), statistique du traitement résidentiel de l'alcoolodépendance (*act-info-Residalc*), statistique du traitement résidentiel de la toxicomanie (*act-info-FOS*), statistique du traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) et statistique nationale de la méthadone. Conçu sur une base modulaire mais comprenant des questions de base obligatoires pour les cinq secteurs de prise en charge, le système de monitoring de la clientèle collecte des informations sur les caractéristiques et la situation de vie des clients et clientes au moment de leur admission et de leur sortie de l'institution. La participation au système de monitoring *act-info* est en règle générale facultative pour les institutions – excepté pour les centres de traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe), dont la participation est obligatoire. Au niveau suisse, le relevé des données *act-info* est effectué depuis 2004.

3. Défis liés aux fluctuations de la participation des institutions

Dans le cas de recensements (quasi) exhaustifs, le nombre enregistré de personnes prises en charge pour des problèmes de dépendance peut constituer une mesure directe du nombre total des prises en charge en général et des premières demandes de prise en charge en particulier. Si, dans le cadre d'un système de monitoring, les demandes de premières prises en charge pour problèmes liés aux substances psychotropes peuvent être répertoriées de façon quasi exhaustive, celles-ci peuvent servir d'indicateur robuste pour l'incidence des troubles liés aux substances psychotropes et, ainsi, constituer une base fiable pour le suivi de l'évolution des problèmes liés à ces substances au sein de la population générale.

Dans le cas de systèmes de monitoring de la prise en charge des dépendances qui doivent composer avec une participation partielle et fluctuante de la part des institutions, disposer d'indicateurs fiables s'avère nettement plus difficile. C'est le cas en Suisse avec sa structure fédéraliste marquée: la

participation au monitoring *act-info* n'est jusqu'à présent pas obligatoire pour les institutions – à l'exception du secteur de la prescription médicalisée d'héroïne – et dépend de l'intérêt et de l'état des ressources de celles-ci ou des obligations qu'elles ont par rapport aux organes de financement. Afin de pouvoir contrôler au moins partiellement les variations (dans les données disponibles) consécutives au caractère volontaire de la participation, seules les données des institutions ayant pris part au monitoring de façon constante sur la période d'observation (2005-2009) et dont les données livrées comptent peu de réponses manquantes sont prises en compte dans les analyses présentées ici. Cette sélection permet de garantir que les différences observées entre 2005 et 2009 ne sont pas dues à la variation du nombre ou du type d'institutions participantes au cours des années d'observation.

4. Questions en lien avec les premières demandes de prise en charge

Un des principaux objectifs de systèmes de monitoring tels qu'*act-info* est de fournir des informations sur l'évolution des problèmes liés aux substances psychotropes, des modes de consommation, des risques secondaires (p. ex. échange de seringue) et des problèmes associés aux consommations au sein de la population générale. A cela s'ajoute l'étude des caractéristiques sociodémographiques des usagers du système d'aide, de leurs ressources et des autres problèmes qu'ils rencontrent. Ce numéro d'Eclairages vise à estimer au mieux les évolutions qui se dessinent actuellement en examinant les éventuelles modifications au niveau des caractéristiques démographiques de base ainsi qu'au niveau du comportement de consommation des usagers pris en charge pour la première fois.

5. Données disponibles et proportion des premières prises en charge

Les données sur lesquelles se basent les présentes analyses ont été récoltées de 2005 à 2009 dans les différents secteurs de traitement participant au monitoring *act-info*, excepté celui de la substitution à la méthadone (Statistique nationale de la méthadone). En effet, les données de ce secteur se réfèrent uniquement aux informations de base destinées aux autorités sanitaires cantonales délivrant les autorisations de traitement et ne peuvent donc être utilisées pour l'analyse spécifique des premières demandes de prise en charge.

Afin de contrôler les effets des variations du taux de participation des institutions sur l'interprétation des évolutions au cours du temps, seules les institutions ayant livré des données tout au long de la période d'observation (de 2005 à 2009) et pour lesquelles la part des réponses manquantes pour les variables « problème principal au moment de l'admission » et « statut du traitement » (première prise en charge ou prise en charge répétée) ne dépasse pas 20% pour toutes les années de relevé sont considérées¹. Ce critère constitue un compromis acceptable entre la quantité nécessaire de données et leur qualité. Pour les analyses, seuls les cas pour lesquels le statut de traitement est connu ont été pris en considération (soit 96.8% des cas restants). Avec ces deux critères, environ la moitié de tous les cas enregistrés par le système de monitoring ont pu être pris en compte dans les analyses (49.2%).

Le *tableau 1* renseigne, entre autres, sur le nombre d'admissions incluses dans les analyses ainsi que la proportion de premières admissions parmi toutes celles enregistrées. Comme on pouvait s'y attendre, la proportion annuelle de premières prises en charge est au plus haut dans le secteur ambulatoire, soit environ quatre sur dix. En comparaison, cette proportion est bien plus basse (6%) dans le secteur résidentiel « drogues illégales ». Dans le secteur résidentiel « alcool », on observe une légère tendance à

¹ La base de données sur laquelle se basent ces analyses a dû être reconstituée à partir des différentes statistiques sectorielles car, en raison de la protection des données, les informations nécessaires aux critères d'inclusion ne sont disponibles qu'au niveau de ces statistiques. La base de données résultante ne contient cependant plus aucune information sensible.

la hausse, la proportion de premières prises en charge atteignant environ 12% en 2007, 2008 et 2009. Selon les attentes, les premières prises en charge sont très rares dans le domaine de la prescription contrôlée d'héroïne, ce type de traitement n'intervenant en principe qu'après un certain nombre d'autres thérapies interrompues ou ayant échoué. Globalement, ces résultats reflètent la position classique des offres ambulatoires et résidentielles au long de la chaîne thérapeutique, les secondes étant souvent sollicitées seulement après que d'autres formes d'interventions n'aient pas pu conduire aux succès escomptés.

Tableau 1. Nombre d'institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation, nombre d'admissions enregistrées et nombre de premières admissions selon le secteur de traitement et l'année d'observation (2005-2009)

Secteur de traitement	2005		2006		2007		2008		2009	
	Toutes les Institutions N	Premières admissions* n n (%)	Toutes les admissions* n	Premières admissions n (%)	Toutes les admissions* n	Premières admissions n (%)	Toutes les admissions* n	Premières admissions n (%)	Toutes les admissions* n	Premières admissions n (%)
Prise en charge psychosociale ambulatoire	28	1787 739 (41.4%)	1719	689 (40.1%)	1795	754 (42.0%)	1808	761 (42.1%)	1795	754 (42.0%)
Traitement résidentiel des problèmes de drogues	44	596 37 (6.2%)	587	31 (5.3%)	608	39 (6.4%)	609	40 (6.6%)	572	34 (5.9%)
Traitement résidentiel des problèmes d'alcool	14	1181 105 (8.9%)	1167	95 (8.1%)	1217	142 (11.7%)	1295	158 (12.2%)	1277	149 (11.7%)
Prescription d'héroïne	23	121 0 (0.0%)	106	1 (0.9%)	92	1 (1.1%)	107	4 (3.7%)	119	0 (0.0%)
Total	109	3685 881	3579	816	3712	936	3819	963	3763	937

*toutes les entrées pour lesquelles le statut de traitement est connu

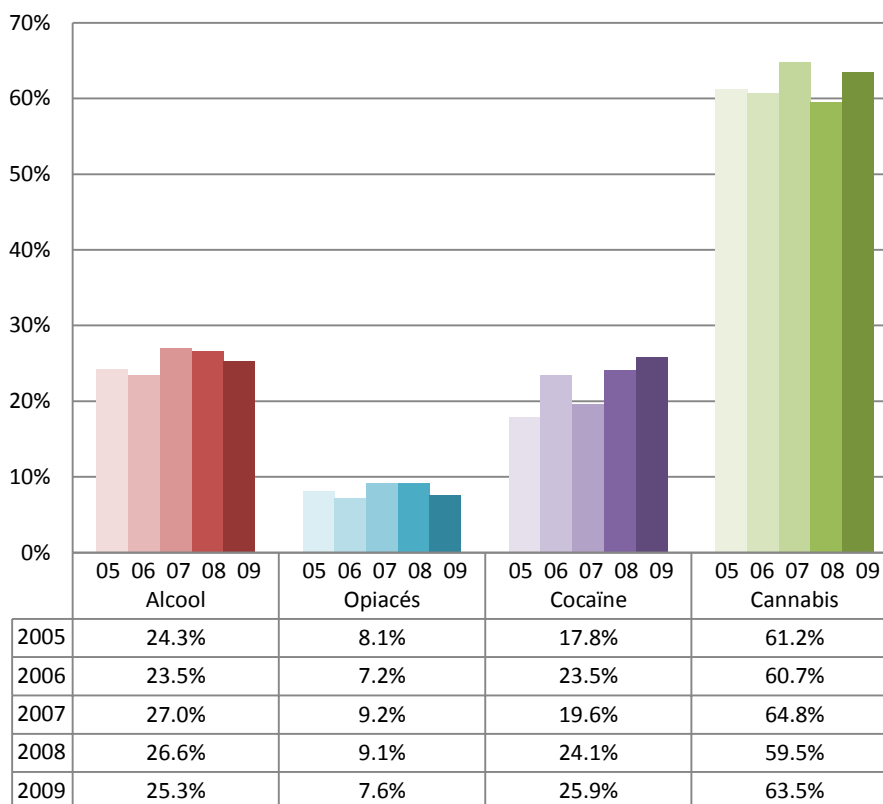
Quand bien même les clients et clientes ayant des problèmes de dépendance – en particulier les personnes ayant des problèmes liés à l'héroïne ou à la cocaïne – font souvent usage de plusieurs substances psychotropes, selon des combinaisons et des fréquences variables, et cela en partie en fonction de ce qui est disponible sur le marché, une principale substance posant problème peut être identifiée pour presque tous les clients et clientes. Par souci de concision, les présentes analyses se focalisent sur les quatre groupes de principales substances posant problème que sont l'alcool, les opiacés (dans 90-95% des cas l'héroïne), la cocaïne et ses dérivés (dans au moins 95% des cas la cocaïne) et le cannabis, qui couvrent ensemble plus de 90% des cas enregistrés (p. ex. Maffli et al., 2010)².

Si l'on considère la proportion des premières prises en charge séparément pour chaque principale substance posant problème, mais sans distinguer les secteurs de traitement, l'image suivante se dessine (*figure 1*): la proportion des premières prises en charge parmi les clients et clientes ayant l'alcool pour principal problème peut être qualifiée de relativement stable. En effet, celle-ci varie légèrement entre 23% (2006) et 27% (2007). C'est parmi les clients et clientes traité-e-s principalement pour des problèmes liés aux opiacés que la proportion de premières prises en charge est au plus bas, oscillant légèrement entre 7% (2006) et 9% (2007-2008). La proportion de premières prises en charge passe de 18% (2005) à 26% (2009) parmi les clients et clientes dont le principal problème est la cocaïne ou l'un de ses dérivés. Enfin, c'est chez les clients et clientes ayant le cannabis pour principal problème que la proportion de

² Des réponses valides concernant la principale substance posant problème sont disponibles pour 99.5% des cas et dans 86% des cas concernant le statut de traitement.

premières prises en charge est la plus élevée. Celle-ci varie entre 60% (2008) et 65% (2007), sans pour autant qu’une tendance claire ne se dégage au cours de la période d’observation.

Figure 1. Proportions des premières prises en charge selon le problème principal et l’année d’observation (uniquement les institutions ayant livré des données sur l’ensemble de la période d’observation)



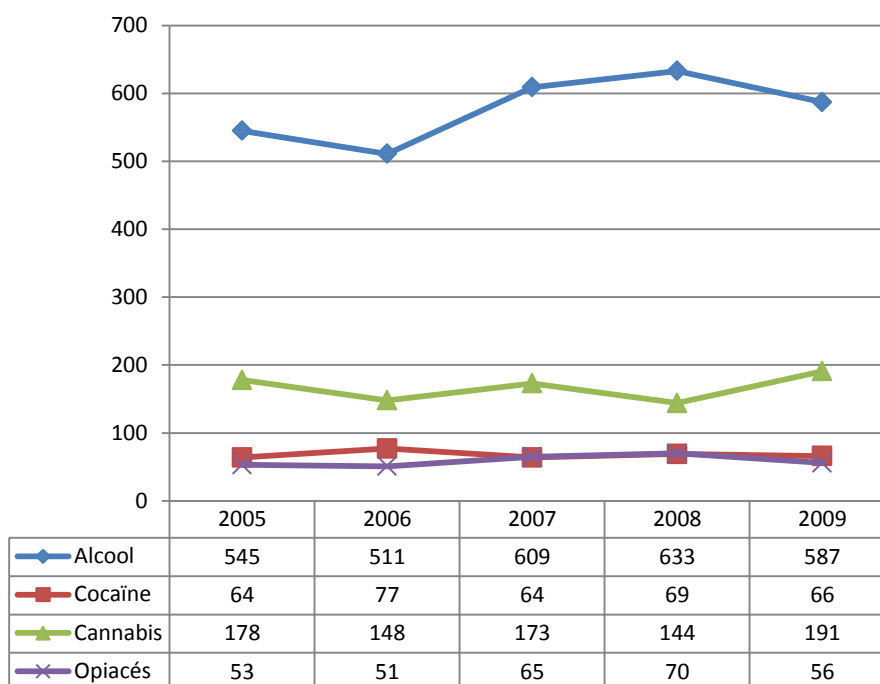
Remarques: opiacés=héroïne, méthadone et autres opiacés (p. ex. morphine et codéine) ainsi que cocktails (héroïne et cocaïne). Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

6. Evolution des principales substances posant problème parmi les premières prises en charge

Le nombre des premières prises en charge pour problèmes de dépendance enregistrées par les institutions ayant pris part de façon constante au monitoring act-*info* de 2005 à 2009 peut être considéré comme un indicateur approximatif de l’évolution de l’incidence de ces problèmes au sein de la population générale. En épidémiologie, on entend par incidence le nombre de nouveaux cas au sein d’une population donnée au cours d’une période donnée pour un trouble défini (p. ex. Bonita et al., 2006). L’évolution de l’incidence constitue une mesure appropriée de la tendance de diffusion d’un trouble donné et de la vitesse à laquelle il se diffuse.

La *figure 2* illustre le nombre de premières prises en charge enregistrées, par année, par les institutions ayant livré des données sur l’ensemble de la période d’observation, selon la principale substance posant problème.

Figure 2. Nombre des premières prises en charge selon le problème principal et l'année d'observation (uniquement les institutions ayant livré des données sur l'ensemble de la période d'observation)



Remarques: opiacés = héroïne, méthadone et autres opiacés (p. ex. morphine et codéine) ainsi que cocktails (héroïne et cocaïne). Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Le nombre des premières prises en charge pour un problème principal « alcool » s'est accru entre 2006 et 2008, puis a légèrement reculé en 2009. Le nombre des premières prises en charge pour un problème principal « opiacés » resp. « cocaïne et dérivés » se maintient à bas niveau et ne varie guère au cours de la période d'observation. Quant au nombre des premières prises en charge des clients et clientes dont le principal problème est le cannabis, il oscille quelque peu au cours des années d'observation pour terminer sur une faible augmentation en 2009.

Au vu du petit nombre de cas disponibles pour les problèmes principaux « opiacés » et « cocaïne et ses dérivés », les analyses suivantes porteront uniquement sur les premières prises en charge liées aux problèmes principaux « alcool » et « cannabis ».

7. Caractéristiques des clients et clientes pris-es en charge pour la première fois et dont le principal problème est l'alcool: augmentation de la demande de prise en charge auprès des personnes de moins de 25 ans

Les caractéristiques démographiques de base des clients et clientes pris-es en charge une toute première fois pour des problèmes de dépendance et dont le principal problème est l'alcool sont demeurées largement les mêmes au cours de la période d'observation 2005-2009 (tableau 2): la proportion de femmes reste constante aux environs d'un quart. L'âge moyen au moment de l'admission s'établit, lui, à 43-44 ans. Toutefois, si l'on s'intéresse de plus près aux différents groupes d'âge, des changements apparaissent au sein du groupe des jeunes clients et clientes.

Tableau 2. Caractéristiques des clients et clientes pris-es en charge pour la première fois et dont le principal problème est l'alcool, selon l'année d'observation (uniquement les institutions ayant livré des données sur toute la période d'observation)

		2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009
Genre	Hommes	75.6%	75.5%	75.2%	75.0%	74.6%	75.2%
	Femmes	24.4%	24.5%	24.8%	25.0%	25.4%	24.8%
	<i>N valides</i>	545	511	609	633	587	2'885
Âge au moment de l'admission	<15	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%
	15-19	2.0%	2.6%	3.1%	3.5%	4.3%	3.1%
	20-24	4.8%	6.1%	5.6%	8.6%	7.2%	6.5%
	25-29	8.1%	6.1%	8.2%	7.2%	7.3%	7.4%
	30-34	7.8%	8.5%	10.2%	8.1%	11.1%	9.2%
	35-39	12.4%	9.6%	13.0%	10.4%	10.6%	11.2%
	40-44	16.1%	14.6%	12.9%	15.3%	11.4%	14.0%
	45-49	14.4%	15.0%	13.5%	12.6%	12.3%	13.5%
	50-54	13.0%	13.2%	12.2%	10.7%	12.8%	12.3%
	55-59	10.6%	8.5%	8.7%	9.2%	9.7%	9.3%
	>59	10.7%	15.9%	12.4%	14.3%	13.3%	13.3%
	Moyenne	43.7	44.4	42.8	43.0	42.8	43.3
	Médiane	43.6	44.6	43.1	42.6	43.1	43.5
<i>N valides</i>	540	508	607	628	586	2'869	
Âge lorsque la consommation d'alcool est devenue problématique ^a	Moyenne	34.3	32.8	33.2	32.7	33.1	33.2
	Médiane	34.0	33.0	31.0	30.0	31.0	31.0
	<i>N valides</i>	231	214	261	303	294	1'303
Fréquence de consommation d'alcool avant l'admission ^b	Jamais	3.6%	4.5%	4.1%	4.8%	4.6%	4.4%
	1 jour par semaine ou moins souvent	6.6%	10.7%	9.0%	7.3%	7.7%	8.3%
	2-6 jours par semaine	40.6%	34.1%	35.4%	38.4%	38.3%	37.3%
	Chaque jour	49.2%	50.7%	51.5%	49.5%	49.4%	50.1%
	<i>N valides</i>	362	422	534	547	522	2'387

Remarques:

^a Selon le manuel d'utilisation *act-info*, la consommation est considérée comme problématique à partir du moment où l'entourage émet des critiques, lorsque la personne éprouve des sentiments de culpabilité, lorsqu'elle essaie de réduire cette consommation, etc.

^b Au cours des 6 derniers mois

Alors que les clients et clientes pris-es en charge pour la première fois pour des problèmes de dépendance et dont le principal problème est l'alcool sont très rarement âgé-e-s de moins de 15 ans, la proportion de ceux et celles âgé-e-s de 15 à 19 ans passe de 2.0% en 2005 à 4.3% en 2009. La taille relative du groupe des 20 à 24 ans a lui aussi tendance à s'accroître, mais jusqu'en 2007 seulement. Dans son ensemble, la taille du groupe des moins de 25 ans pris-es en charge pour la première fois et dont le principal problème est l'alcool atteint 11.5% en 2009, contre 6.8% en 2005. Aucune tendance claire ne se laisse en revanche observer dans les groupes de clients et clientes plus âgé-e-s. Sur toute la période d'observation, au moins 60% des clients et clientes pris-es en charge pour la première fois pour des problèmes de dépendance et dont le principal problème est l'alcool ont 40 ans ou plus. L'âge moyen est de 33 ans (médiane = 31 ans) et n'évolue guère au fil du temps (il est un peu plus haut seulement la première année d'observation). La fréquence de consommation varie elle aussi très peu ou ne suit pas de tendance claire: en moyenne sur toute de la période d'observation, la moitié des clients et clientes buvaient quotidiennement de l'alcool avant leur admission, 37% deux à six jours par semaine et 8% une fois par semaine ou moins souvent.

8. Caractéristiques des clients et clientes pris-es en charge pour la première fois et dont le principal problème est le cannabis: principalement des jeunes hommes

Les résultats relatifs aux caractéristiques de base des clients et clientes pris-es en charge pour la première fois pour des problèmes de dépendance et dont le principal problème est le cannabis sont présentés dans le *tableau 3*. La proportion de femmes dans cette catégorie spécifique de clients et clientes s'élève à 15% en moyenne sur la période d'observation (avec certaines variations entre les années, mais sans tendance claire). S'agissant de l'âge au moment de l'admission, les proportions de clients et clientes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans ont tendance à augmenter et sont au plus haut en 2009. Par contre, cette année-là, la proportion des 20 à 24 ans a baissé. Quoi qu'il en soit, la majorité des clients et clientes pris-es en charge pour la première fois pour des problèmes de dépendance et dont le principal problème est le cannabis est âgée de moins de 20 ans, avec des proportions entre 55% (2007) et 64% (2005). Globalement, la taille du groupe des moins de 25 ans varie entre 72% en 2009 et 84% en 2005. L'âge moyen lors du premier usage de cannabis est d'environ 15 ans tout au long de la période d'observation (moyenne et médiane) et la proportion des clients et clientes qui font quotidiennement usage de cette substance est relativement stable, entre 44% (2006, 2009) et 46% (2005).

Tableau 3. Caractéristiques des clients et clientes pris-es en charge pour la première fois et dont le principal problème est le cannabis, selon l'année d'observation (uniquement les institutions ayant livré des données sur toute la période d'observation)

		2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009
Genre	Hommes	84.3%	86.5%	83.2%	86.8%	85.3%	85.1%
	Femmes	15.7%	13.5%	16.8%	13.2%	14.7%	14.9%
	<i>N valides</i>	178	148	173	144	191	834
Âge au moment de l'admission	<15	1.1%	0.0%	0.0%	1.4%	2.6%	1.1%
	15-19	64.0%	58.5%	55.5%	57.3%	55.0%	58.1%
	20-24	18.5%	21.1%	20.8%	22.4%	14.1%	19.1%
	25-29	5.1%	9.5%	9.8%	9.8%	14.7%	9.9%
	30-34	5.6%	6.1%	5.8%	3.5%	8.4%	6.0%
	35-39	3.4%	4.8%	4.6%	2.8%	1.6%	3.4%
	40-44	1.7%	0.0%	2.3%	1.4%	2.6%	1.7%
	45-49	0.0%	0.0%	1.2%	1.4%	0.5%	0.6%
	50-54	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.2%
	55-59	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	>59	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Moyenne	20.1	20.5	21.4	20.3	21.1	20.7
	Médiane	17.8	18.1	18.0	17.9	18.1	18.0
<i>N valides</i>	178	147	173	143	191	832	
Âge lors du premier usage de cannabis	Moyenne	14.9	14.9	15.3	14.7	14.9	14.9
	Médiane	15.0	15.0	15.0	14.0	15.0	15.0
	<i>N valides</i>	113	97	118	123	159	610
Fréquence de l'usage de cannabis avant l'admission ^a	Jamais	2.4%	9.8%	6.8%	9.1%	6.5%	6.8%
	1 jour par semaine ou moins souvent	15.4%	18.8%	22.7%	21.8%	19.0%	19.5%
	2-6 jours par semaine	35.8%	27.7%	25.0%	23.6%	30.7%	28.7%
	Chaque jour	46.3%	43.8%	45.5%	45.5%	43.8%	44.9%
	<i>N valides</i>	123	112	132	110	153	630

Remarque: ^a au cours des 6 derniers mois

9. Discussion

En raison d'une certaine fluctuation du taux de participation au monitoring national *act-info*, les résultats présentés dans ce numéro d'Eclairages se basent uniquement sur le groupe des institutions thérapeutiques ambulatoires et résidentielles qui ont récolté et livré des données sur l'ensemble de la période d'observation. En conséquence de cette sélection, environ trois quarts des établissements résidentiels et plus d'un tiers des services de consultation ambulatoires qui ont pris part au monitoring de 2005 à 2009 ont été inclus dans les analyses. Il en résulte une surreprésentation des institutions résidentielles qui devrait néanmoins être compensée en partie par le fait que les premières prises en charge sont relativement peu répandues dans ce secteur de traitement, notamment parce que l'admission dans de nombreuses thérapies résidentielles des dépendances est subordonnée à une cure de sevrage préalable en milieu ambulatoire ou résidentiel. Il a fallu par ailleurs renoncer à une pondération a posteriori des résultats pour rééquilibrer le rapport entre le secteur ambulatoire et le secteur résidentiel, car celle-ci aurait impliqué une connaissance précise de la structure des institutions dont la participation n'a pas été constante. Malgré ces limitations, les résultats présentés ici concernant les premières prises en charge peuvent être considérés comme l'estimation la plus adéquate de l'évolution en Suisse des demandes de prise en charge venant de personnes dont les problèmes de dépendance sont apparus peu de temps auparavant. Ceux-ci ne représentent certes qu'un indicateur approximatif mais néanmoins utilisable de l'évolution de l'incidence des problèmes liés à l'alcool, l'héroïne, la cocaïne et le cannabis au sein de la population générale.

Dans le *domaine alcool*, les résultats montrent une augmentation des premières demandes de prise en charge entre 2005 et 2009, surtout de la part de jeunes personnes (groupes d'âge entre 15 et 24 ans). Ce constat est comparable avec ceux de la troisième et de la quatrième Enquête suisse sur la santé (ESS), réalisées en 2002 et 2007. Celle-ci montre en effet une légère hausse de la prévalence de la consommation chronique à risque élevé d'alcool chez les jeunes (15-24 ans), alors que la tendance pour la population générale est plutôt celle d'un recul de la consommation (Delgrande Jordan & Notari, 2011). Cet accroissement des besoins en matière de premières prises en charge pour des problèmes liés à l'alcool chez les jeunes concorde avec le nombre croissant d'hospitalisations pour intoxication alcoolique que l'on a pu observer en Suisse entre 2001 et 2007 chez les jeunes de 10 à 23 ans (Wicki & Gmel, 2009). A ce propos, la question se pose néanmoins de savoir si cette augmentation des premières prises en charge dans les groupes d'âge les plus jeunes s'explique davantage par une hausse effective de l'incidence de la consommation d'alcool à risque ou davantage par une sensibilité accrue face aux risques associés aux ivresses ponctuelles (p. ex. par plus d'informations sur le phénomène des excès ponctuels chez les jeunes de la part des médias, ce qui pourrait mener à un abaissement du seuil pour la décision de demander de l'aide). Les résultats de l'ESS soutiennent plutôt l'hypothèse d'une réelle augmentation de l'incidence de la consommation à risque chez les moins de 25 ans, car les seuils sont déterminés sur la base des données concernant le volume d'alcool consommé.

La part des premières demandes de prise en charge s'avère plus petite parmi les clients et clientes ayant les *opiacés* pour principal problème que parmi ceux et celles dont le principal problème est l'alcool et elle ne suit pas de tendance claire au fil du temps. Le fait que cette part de premières prises en charge soit restée faible par rapport à celle des traitements répétés sur l'ensemble de la période d'observation témoigne de la difficulté à guérir de cette forme de dépendance. A noter que la comparaison avec les résultats d'enquêtes conduites auprès de la population générale n'est guère possible ici, car chacun des échantillons de l'ESS 2002 et 2007 comprend moins de dix personnes déclarant faire un usage actuel d'héroïne et ne permet donc pas une interprétation des résultats (voir Notari et al., 2009). Le fait que cette population soit difficilement atteignable dans le cadre d'enquêtes

par téléphone ainsi que le caractère illégal de l'usage de cette substance sont des obstacles connus à l'acquisition d'informations valides sur cette problématique spécifique dans le cadre d'enquêtes classiques auprès de la population générale (Caetano, 2001).

Les résultats dans le groupe des institutions ayant livré des données tout au long de la période d'observation montrent une relative stagnation, depuis 2005, du nombre des premières prises en charge de clients et clientes ayant principalement des problèmes avec la *cocaïne*. En revanche, la proportion des premières prises en charge pour problèmes liés à la cocaïne est en augmentation, ce qui suggère en principe une baisse du nombre des prises en charge répétées pour ce type de problèmes. Les résultats des ESS 2002 et 2007 indiquent, quant à eux, plutôt une hausse de la prévalence de l'usage actuel de cocaïne (Windlin & Notari, 2009).

Toujours dans le groupe des institutions ayant participé au monitoring *act-info* tout au long de la période d'observation, on constate une variation de l'incidence des demandes de premières prises en charge parmi les clients et clientes dont le principal problème est le *cannabis*, sans pour autant déceler de tendance claire entre 2005 et 2009. Une possible augmentation semble néanmoins se dessiner en fin de période d'observation, qui devra cependant encore être confirmée sur la base des résultats des prochains relevés annuels. Une augmentation serait plutôt en porte-à-faux avec les résultats des enquêtes ESS 2002 et 2007, qui montrent un recul de la prévalence de l'usage actuel de cannabis chez les moins de 25 ans (Annaheim et al., 2009). Une tendance comparable a également pu être mise en évidence dans le cadre de deux enquêtes représentatives consacrées à l'usage de cannabis menées en 2004 resp. 2007 parmi les moins de 30 ans en Suisse: au cours de cette période, la prévalence à six mois est passée de 13.3% à 11.2% (Arbeitsgruppe Cannabismonitoring, 2008).

10. Conclusions

Le changement le plus marquant en matière de premières prises en charge est celui de l'élévation du nombre (et de la proportion) des jeunes clients et clientes (groupes d'âge entre 15 et 24 ans) dont c'est le tout premier traitement pour problèmes de dépendance et dont le principal problème est l'alcool. Quand bien même cette hausse pourrait s'expliquer en partie par une sensibilité accrue de la population face à la consommation à risque d'alcool, les résultats d'autres relevés statistiques soutiennent plutôt l'hypothèse d'une aggravation objective de la consommation d'alcool chez les adolescent-e-s et jeunes adultes au cours de la période d'observation. Comme les alcoolisations excessives ponctuelles dans les groupes d'âge les plus jeunes représente un comportement particulièrement risqué (Newbury-Birch et al., 2008), une accentuation des mesures de prévention ciblées sur cette population paraît appropriée. Dans cette optique, des mesures concernant l'accès et le prix des boissons alcooliques semblent particulièrement efficaces (Babor et al., 2010). Un autre résultat qui doit retenir l'attention est celui de l'augmentation de la proportion des demandes de première prise en charge parmi les clients et clientes ayant la cocaïne (et ses dérivés) comme principal problème et cela même si le nombre absolu correspondant est resté relativement stable au cours de la période d'observation. Au regard des tendances mises en évidence par les deux dernières ESS et compte tenu du marché relativement étendu de la cocaïne en Suisse (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2005), le danger d'une augmentation dans ce domaine existe. Ici aussi, des actions préventives ou des interventions seraient souhaitables, telles que des instruments en ligne pour une aide thérapeutique autonome en cas de problèmes liés à la cocaïne, qui ont pour avantage de pouvoir atteindre des groupes de population cachant ce problème (Schaub et al., 2011).

Même si l'option méthodologique qui consiste à ne baser les analyses que sur les institutions ayant livré des données de façon constante peut représenter une protection suffisante contre des artefacts potentiellement importants, le degré de certitude que l'on pourrait garantir par un recensement complet est encore loin d'être atteint. Aussi, le besoin de voir l'actuel système de monitoring *act-info* revêtir la forme d'un recensement systématique des admissions et sorties survenues chaque année en Suisse est-il toujours d'actualité, au moins pour un nombre limité de variables pertinentes. Parmi elles, celle relative au statut du traitement (premier ou répété) revêt une importance cruciale. Des données de monitoring valides et complètes dans le domaine de la prise en charge des dépendances sont donc nécessaires, ce d'autant plus que des données exploitables sur les drogues récoltées dans le cadre d'enquêtes auprès de la population générale ne peuvent être obtenues que de façon limitée.

Bibliographie

- Annaheim, B., Wicki, M., Notari, L., & Kuntsche, S. (2009). Cannabisgebrauch und psychische Gesundheit – Eine epidemiologische Untersuchung in der Schweizer Bevölkerung. *Abhängigkeiten, 2*, 53-73.
- Arbeitsgruppe Cannabismonitoring. (2008). *Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007 - Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. Geneva: World Health Organization.
- Caetano, R. (2001). Non-response in alcohol and drug surveys: A research topic in need of further attention. *Addiction, 96*(11), 1541-1545.
- Delgrande Jordan, M., & Notari, L. (2011). *Consommation d'alcool en Suisse. Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007* (Rapport de recherche No 57). Lausanne: Addiction Info Suisse.
- Dennis, M., & Scott, C. K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice, 4*(1), 45-55.
- Gache, P. (2003). Pourquoi les patients stoppent-ils leur addiction? *Médecine & Hygiène, 61*(2451), 1804-1807.
- Goddard, E. (2002). *The value and feasibility of a national survey of drug use among adults in the United Kingdom*. (National Statistics Methodological Series, Nr. 30). London: Office for National Statistics.
- Maffli, E., Delgrande Jordan, M., Schaaf, S., Schaub, M., Künzi, U., & Eastus, C. (2010). *Rapport annuel act-info 2009. Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse - Résultats du système de monitoring*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Newbury-Birch, D., Gilvarry, E., McArdle, P., Ramesh, V., Stewart, S., Walker, J., et al. (2008). *The impact of alcohol consumption on young people: A review of reviews*. Newcastle: Newcastle University.
- Schaub, M., Sullivan, R., & Stark, L. (2011). Snow control - An RCT protocol for a web-based self-help therapy to reduce cocaine consumption in problematic cocaine users. *BMC Psychiatry, 11*, 153. DOI 10.1186/1471-244X-11-153.
- Tooley, E. M., & Moyers, T. B. (2012). Motivational interviewing in practice. In S. T. Walters & F. Rotgers (Eds.), *Treating substance abuse. Theory and technique* (3rd ed., pp. 28-47). New York: The Guilford Press.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2005). *World drug report 2005. Volume 1: Analysis*. Vienna, Austria: UNODC.
- Wicki, M., & Gmel, G. (2009). *Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler bis 2007* (Forschungsbericht). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Windlin, B., & Notari, L. (2009). Gebrauch illegaler Drogen in der Schweiz – Ergebnisse aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997, 2002 und 2007. *Abhängigkeiten, 2*, 74-88.

Berne, Lausanne, Zurich, act-info, Décembre 2011