

Lausanne, juin 2025
Rapport de recherche N°179

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

Actualisation de la situation en 2022 et perspectives futures

Jeanne Vorlet, Florian Labhart

Ce projet de recherche a été cofinancé par l'Office fédéral de la santé publique (décision n° 142007104 / 322.8-3/107)

Remerciements

Nous remercions chaleureusement Monsieur Perriard (directeur général) et Monsieur Gottignies (directeur de l'hébergement) du Levant (Pully, Vaud), Monsieur Thomas Urben (directeur) et Monsieur Gasser (responsable du secteur ambulatoire Valais romand) d'Addiction Valais, Monsieur Stocker, psychothérapeute à la Suchtfachklinik Zürich, Madame Schläppi, co-directrice de Lilith (Soleure), pour le partage de leurs expériences de terrain et leur engagement pour la cause des personnes touchées par des problématiques d'addiction. Un grand merci également aux deux témoins pour le partage de leurs vécus et expériences, ainsi qu'au Centre du jeu excessif du CHUV pour leur aide dans le recrutement d'un des témoins. Nous remercions aussi notre collègue Jonathan Chavanne pour la relecture du rapport et pour son regard critique.

Impressum

Compléments d'information:	Jeanne Vorlet, tél. +41 (0)21 321 29 46, jvorlet@addictionsuisse.ch
Diffusion:	Addiction Suisse, Avenue Ruchonnet 14, 1003 Lausanne
Numéro de commande:	Rapport de recherche N°179
Graphisme/mise en page:	Addiction Suisse
Copyright:	© Addiction Suisse Lausanne 2025
DOI:	10.58758/rech179
Citation recommandée:	Vorlet, J., Labhart, F. (2025). <i>La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction - Actualisation de la situation en 2022 et perspectives futures</i> (Rapport de Recherche N°179). Lausanne: Addiction Suisse.

Table des matières

Liste des tables	II
Liste des figures.....	IV
Résumé	1
Zusammenfassung.....	3
1 Introduction.....	5
2 Méthode.....	7
2.1 Notions-clés.....	7
2.1.1 <i>Situation sociale.....</i>	7
2.1.2 <i>Usage problématique de substance ou de jeu</i>	7
2.2 Sources de données	8
2.2.1 <i>Enquête suisse sur la santé.....</i>	8
2.2.2 <i>Monitoring des traitements spécialisés act-info.....</i>	8
2.2.3 <i>Entretiens avec six expert-e-s de terrain</i>	10
2.2.4 <i>Entretiens avec deux témoins touchés par une problématique d'addiction.....</i>	11
2.3 Définition des indicateurs	11
2.3.1 <i>Niveau de formation.....</i>	11
2.3.2 <i>Employabilité.....</i>	11
2.3.3 <i>Situation de logement.....</i>	12
2.3.4 <i>Isolement social.....</i>	13
2.3.5 <i>Santé psychique : auto-dévalorisation.....</i>	13
2.4 Analyses	14
2.4.1 <i>Résultats quantitatifs</i>	14
2.4.2 <i>Résultats qualitatifs.....</i>	15
3 Résultats	16
3.1 Témoignages	16
3.2 Profils sociodémographiques, selon la problématique d'addiction des personnes en traitement	18
3.3 Niveau de formation.....	21
3.4 Employabilité.....	24
3.5 Situation de logement.....	28
3.6 Isolement social	32
3.7 Santé psychique : auto-dévalorisation	35
4 Discussion.....	38
5 Références	41
6 Annexes.....	44
6.1 Figures	44
6.2 Tables.....	44

Liste des tables

Table A1 - Coefficients de pondération permettant d'extrapoler le nombre d'admissions en traitement documentées par <i>act-info</i> , selon le type de problème principal, à l'ensemble des institutions spécialisées résidentielles et ambulatoires (résultats <i>act-info</i> , année de référence 2022)	44
Table A2 - Niveau de formation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, <i>act-info</i> année de référence 2022)	45
Table A3 - Employabilité dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, <i>act-info</i> année de référence 2022)	46
Table A3 (suite) - Employabilité dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, <i>act-info</i> année de référence 2022)	47
Table A4 - Situation de logement parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (<i>act-info</i> année de référence 2022)	48
Table A5 - Isolement social dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, <i>act-info</i> année de référence 2022)	49
Table A6 - Sentiment d'auto-dévalorisation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, <i>act-info</i> année de référence 2022)	50
Table A7 – Situation professionnelle dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, <i>act-info</i> année de référence 2022)	51
Table A8 – Niveau de formation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, <i>act-info</i> année de référence 2022)	52
Table A9 – Situation de logement dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, <i>act-info</i> année de référence 2022)	53
Table A10 – Isolement social dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en	

traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, *act-info* année de référence 2022) 54

Table A11 – Sentiment d’auto-dévalorisation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d’argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, *act-info* année de référence 2022)..... 55

Liste des figures

Figure 1 – Répartition des prises en charge ambulatoires et résidentielles, selon le type de problème principal (act-info, résultats pondérés pour l'année de référence 2022 ; n= 32'038).....	9
Figure 2 – Répartition des prises en charge ambulatoires et résidentielles, selon le type de problème principal, par année de référence (act-info, résultats pondérés pour les années de référence 2007-2022 ; n = 131'268).....	10
Figure 3 – Distribution du sexe des personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent sollicitant un traitement, par année de référence (act-info, résultats pondérés ; 2007-2022).....	19
Figure 4 – Structure d'âge et moyenne d'âge à l'admission des personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent sollicitant un traitement, par année de référence (act-info, résultats pondérés ; 2007-2022).....	20
Figure 5 - Niveau de formation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (ESS & act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2007-2022).....	23
Figure 6 - Employabilité dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (ESS & act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2007-2022).....	27
Figure 7 – Situation de logement parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2007-2022).....	31
Figure 8 – Isolement social dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (ESS & act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2007-2022).....	34
Figure 9 – Santé psychique (auto-dévalorisation) dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (ESS & act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2012-2022).....	37
Figure A1 – Distribution du sexe, structure d'âge et moyenne d'âge dans la population générale sondée par l'ESS, par année de référence (ESS; 2007-2022).....	44

Résumé

Contexte

L'addiction engendre une souffrance psychique, parfois physique, ainsi qu'une perte d'autonomie qui peut perturber la capacité à fonctionner au quotidien, tant sur le plan personnel que social. Dans une société en constante évolution, il est important d'examiner si et comment la situation sociale des personnes concernées par une addiction évolue en Suisse, et ce que cela implique en termes de besoins et de prise en charge thérapeutique.

Le présent rapport vise à actualiser une série d'indicateurs relatifs à la situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction dont les premiers résultats, publiés en 2021, avaient mis en évidence une détérioration de la situation entre 2007 et 2017. Cette mise à jour intègre les données de **l'Enquête suisse sur la santé (ESS)**, dont la dernière a été réalisée en 2022, et du monitoring **act-info**, réalisé chaque année, afin d'observer l'évolution de différentes dimensions de la situation sociale de ces personnes. Celle-ci est évaluée à travers cinq indicateurs : le **niveau de formation**, la **situation d'employabilité**, la **situation de logement**, l'**isolement social** et le **sentiment d'auto-dévalorisation**. Les analyses portent sur les personnes prises en charge pour usage problématique de six types de substances psychoactives ou comportements, à savoir **l'alcool**, le **tabac**, le **cannabis**, les **jeux de hasard et d'argent**, la **cocaïne et ses dérivés** et les **opioïdes**. Afin de recueillir le vécu de personnes ayant été concernées par des problématiques d'addiction, deux témoins ont été interviewés. De plus, six entretiens avec des expert·e·s de terrain ont permis de mettre en perspective les résultats quantitatifs et de proposer des pistes d'amélioration de la situation sociale de ces personnes.

Résultats

Les résultats de 2022 confirment une disparité croissante entre la situation sociale de la population générale et celle des personnes prises en charge pour des problèmes d'addiction pour l'ensemble des indicateurs. Entre 2017 et 2022, malgré quelques améliorations de quelques indicateurs (p.ex. taux d'emploi en augmentation, hausse de logements stables et de l'octroi de bénéficiaires de l'assurance invalidité (AI) parmi les usager·ère·s de cocaïne et d'opioïdes), une stabilisation ou une péjoration de la plupart des indicateurs est observée.

Le **niveau de formation** des personnes prises en charge pour une problématique d'addiction reste majoritairement bas (scolarité obligatoire ou niveau secondaire). L'usage problématique de substances psychoactives commence souvent tôt et compromet l'achèvement d'une formation et peut entraver également l'accès au marché du travail durant la période d'usage de substance, mais également par la suite. En parallèle, en ce qui concerne le **degré d'employabilité**, la part de ces personnes en situation de travail instable ou en marge du marché de l'emploi reste élevée, malgré une légère augmentation de la part de personnes en emploi entre 2017 et 2022. Une augmentation de la part de bénéficiaires de l'AI est également à noter, en particulier pour les personnes prises en charge pour leur usage de cocaïne ou d'opioïdes, ce qui est notamment lié à une jurisprudence du Tribunal Fédéral en 2019, permettant de considérer un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste comme d'autres troubles psychiques. De même, concernant la **situation de logement**, l'octroi d'une rente AI permet de retrouver une plus grande stabilité. Cette évolution contribue donc en partie à l'augmentation, observée entre 2017 et 2022, de la part de personnes admises en traitement pour un usage problématique de cocaïne ou d'opioïdes ayant une situation de logement stable. De plus, selon des expert·e·s, l'usage de cocaïne s'est diffusé dans les milieux festifs et professionnels et donc auprès d'une population socialement intégrée, ce qui expliquerait la hausse de la part de personnes avec logement stable et en emploi admises en traitement pour une problématique de cocaïne.

On observe également une augmentation progressive de l'**isolement social** chez les personnes admises en traitement pour tous les types de substances psychoactives (à l'exception des jeux de hasard et d'argent), phénomène exacerbé par la stigmatisation de l'addiction dans notre société. En parallèle, le **sentiment d'auto-dévalorisation** a également fortement augmenté entre 2017 et 2022, avec le taux le plus élevé parmi les personnes ayant un usage problématique de jeux de hasard et d'argent. De manière générale, les personnes prises en charge en résidentiel se trouvent dans une situation de plus grande précarité que celles prises en charge en ambulatoire.

Pistes d'améliorations

Parmi les pistes d'améliorations proposées par les expert·e·s de terrain, figurent le renforcement de l'accès à la formation des jeunes, un accompagnement progressif vers l'emploi à l'aide du « *Working First* », fournir un logement stable aux personnes précarisées grâce au modèle du « *Housing first* », financer et rendre accessibles les offres d'aide, de traitement et de réduction des risques efficaces, promouvoir l'accessibilité aux prestations AI pour les personnes souffrant d'addiction sans devoir invoquer de comorbidités pour en bénéficier, et plus globalement réduire la stigmatisation de l'addiction en sensibilisant la population et les politiques publiques.

Zusammenfassung

Kontext

Sucht führt zu psychischem, mitunter auch physischem Leid sowie zu einem Verlust an Autonomie, der die alltägliche Funktionsfähigkeit sowohl im persönlichen als auch im sozialen Bereich beeinträchtigen kann. In einer sich ständig wandelnden Gesellschaft ist es wichtig zu untersuchen, ob und wie sich die soziale Situation von suchtbetroffenen Personen in der Schweiz verändert und welche Konsequenzen dies hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und der therapeutischen Versorgung hat.

Der vorliegende Bericht hat zum Ziel, eine Reihe von Indikatoren zur sozialen Situation von Suchtbetroffenen zu aktualisieren, deren erste, 2021 veröffentlichte Ergebnisse eine Verschlechterung der Situation zwischen 2007 und 2017 aufzeigten. Die Aktualisierung stützt sich auf die Daten der **Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)**, die letztmals 2022 durchgeführt wurde, und auf das jährliche **act-info-Monitoring**, um die Entwicklung der verschiedenen Dimensionen der sozialen Situation dieser Personen zu verfolgen. Diese wird anhand von fünf Indikatoren gemessen: **Bildungsniveau, Erwerbsfähigkeit, Wohnsituation, soziale Isolation** und **Gefühl der Selbstabwertung**. Die Analysen beziehen sich auf Personen, die wegen des problematischen Gebrauchs von sechs Arten von Substanzen oder Verhaltensweisen betreut werden: **Alkohol, Tabak, Cannabis, Glücksspiel, Kokain und Derivate** sowie **Opioid**. Um die Erfahrungen von Suchtbetroffenen zu erfassen, wurden zwei Zeugen befragt. Darüber hinaus wurden sechs Interviews mit Fachleuten durchgeführt, um die quantitativen Ergebnisse zu kontextualisieren und Wege zur Verbesserung der sozialen Situation der Betroffenen aufzuzeigen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse von 2022 bestätigen für alle Indikatoren eine zunehmende Diskrepanz zwischen der sozialen Lage der Allgemeinbevölkerung und der Personen, die wegen Suchtproblemen betreut werden. Zwischen 2017 und 2022 ist trotz einzelner Verbesserungen bei gewissen Indikatoren (z.B. steigende Erwerbsquote, Zunahme stabiler Wohnverhältnisse sowie ein höherer Anteil von BezügerInnen der Invalidenversicherung (IV) unter den wegen Kokain- oder Opioidkonsums betreuten Personen) insgesamt eine Stabilisierung oder Verschlechterung der meisten Indikatoren festzustellen.

Das **Bildungsniveau** der wegen Suchtproblemen betreuten Personen bleibt mehrheitlich niedrig (obligatorische Schule oder Sekundarschule). Der problematische Substanzkonsum beginnt oft früh und gefährdet den Abschluss einer Ausbildung und kann auch den Zugang zum Arbeitsmarkt während des Substanzkonsums, aber auch danach, behindern. Was die **Erwerbsfähigkeit** angeht, bleibt parallel dazu der Anteil der Personen mit instabilen Arbeitsverhältnissen oder am Rande des Arbeitsmarktes hoch, trotz eines leichten Anstiegs des Anteils erwerbstätiger Personen zwischen 2017 und 2022. Auch ein Anstieg des Anteils an IV-LeistungsbezügerInnen ist zu verzeichnen, insbesondere bei den Personen, die wegen ihres Konsums von Kokain oder Opioiden betreut werden. Dies hängt unter anderem mit einer Rechtsprechung des Bundesgerichts von 2019 zusammen, die es ermöglicht, ein von Fachpersonen diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom ähnlich wie andere psychische Störungen anzuerkennen. Auch bei der **Wohnsituation** führt die Gewährung einer IV-Rente zu mehr Stabilität. Diese Entwicklung trägt daher teilweise zu dem zwischen 2017 und 2022 beobachtenden Anstieg des Anteils der Personen bei, die sich wegen eines problematischen Konsums von Kokain oder Opioiden in Behandlung begeben und über eine stabile Wohnsituation verfügen. Zudem hat sich laut ExpertInnen der Kokainkonsum sowohl in festlichen als auch in beruflichen Kontexten verbreitet und betrifft somit zunehmend eine sozial integrierte Bevölkerung. Dies könnte den Anstieg des Anteils an Personen mit stabilem Wohnverhältnis und Erwerbstätigkeit erklären, die wegen Kokainproblemen eine Behandlung aufnehmen.

Bei den Personen, die sich wegen aller Arten von Substanzproblemen (mit Ausnahme von Glücks- und Geldspielen) in Behandlung begeben, ist ebenfalls eine allmähliche Zunahme der **sozialen Isolation** zu beobachten, ein Phänomen, das durch die Stigmatisierung der Sucht in unserer Gesellschaft noch verstärkt wird. Parallel dazu hat auch das **Gefühl der Selbstabwertung** zwischen 2017 und 2022 stark zugenommen, wobei die höchste Rate bei Personen mit problematischem Glücks- und Geldspielkonsum zu verzeichnen ist. Generell befinden sich stationär betreute Personen in einer prekäreren Situation als ambulant betreute Personen.

Verbesserungsansätze

Zu den Massnahmen, die von den ExpertInnen vorgeschlagen wurden, gehören ein verbesserter Zugang zur Ausbildung für Jugendliche, eine schrittweise Begleitung in die Beschäftigung mit Hilfe des Modells "*Working First*", die Bereitstellung einer stabilen Unterkunft für Personen in prekären Situationen mit Hilfe des Modells "*Housing First*", wirksame Hilfs-, Behandlungs- und Schadensminderungsangebote finanzieren und zugänglich machen, die Förderung des Zugangs zu IV-Leistungen für Personen mit einer Suchterkrankung, ohne dass sie dafür Komorbiditäten geltend machen müssen, und ganz allgemein die Verringerung des Stigmas der Sucht durch eine Sensibilisierung der Bevölkerung und der Politik.

1 Introduction

L'addiction engendre une souffrance psychique, parfois physique, ainsi qu'une perte d'autonomie qui peut perturber la capacité à fonctionner au quotidien, tant sur le plan personnel que social (Nolte-Troha et al., 2023; Shield & Rehm, 2015). Dans une société en constante évolution, il est important d'examiner si et comment la situation sociale des personnes concernées par une addiction évolue en Suisse, et ce que cela implique en termes de besoins et de prise en charge thérapeutique.

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). En 2021, Addiction Suisse a ainsi été mandaté par l'Office fédéral de la santé publique pour développer une série d'indicateurs sur la « situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction ». Ce travail visait à développer les bases scientifiques et une méthodologie de calcul pour opérationnaliser une collection d'indicateurs du Monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM) (Jäggi et al., 2015). Grâce à l'exploitation de sources de données existantes, telles que l'Enquête suisse sur la santé et le monitoring act-*info*, ces indicateurs devaient permettre de mesurer, de manière quantitative, différentes dimensions de la situation sociale des personnes concernées et de suivre leur évolution au cours du temps.

Les dimensions retenues sont le niveau de formation, l'employabilité, le logement, l'isolement social et la santé psychique. Les résultats ont été produits pour les usagers et usagères de six substances psychoactives ou comportements, à savoir l'alcool, le tabac, le cannabis, les jeux de hasard et d'argent, la cocaïne et dérivés, et les opioïdes. Un rapport complet (Labhart et al., 2021) et une feuille-info (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2021) ont été publiés à la fin du projet. Cependant, ces indicateurs étant multi-factoriels et multi-dimensionnels, ils n'ont pas été intégrés dans la version en ligne du MonAM.

Les résultats, calculés pour les années 2007, 2012 et 2017, montraient globalement une péjoration de la situation sociale des personnes concernées, dans l'absolu et en comparaison de la population générale. Par exemple, entre 2007 et 2017, on observait que la part de personnes au bénéfice d'une formation supérieure augmentait moins rapidement parmi les personnes touchées par une problématique d'addiction que dans la population générale, et ce pour toutes les substances psychoactives ou comportements analysés. On observait également une diminution de la part de personnes en situation d'habitation stable, compensée par une augmentation de la part de personnes résidant en institutions, et ce pour toutes les substances psychoactives, à l'exception du jeu de hasard et d'argent. Finalement, on observait une augmentation lente mais continue de la part de personnes en situation d'isolement social pour la majorité des substances (hormis le tabac et le jeu de hasard et d'argent).

Les données de la nouvelle vague de l'Enquête suisse sur la santé a été réalisée en 2022 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2023) et les données 2021 à 2023 du monitoring act-*info* (Krizic et al., 2022, 2023), permettent dorénavant de mettre à jour les résultats et d'observer l'évolution des cinq indicateurs, autant dans la population générale que parmi les personnes concernées par une problématique d'addiction. Cette mise à jour est importante, notamment parce que les populations vulnérables ont été particulièrement impactées durant la pandémie de COVID-19 au niveau d'au moins trois dimensions-clés, à savoir l'employabilité, l'isolement social et la santé psychique (Gray et al., 2022; Li et al., 2023; Reiriz et al., 2023). D'autre part, les comportements de consommation ont évolué ces dernières années, par exemple avec la hausse de la consommation de crack associée à une grande précarité des usagers et usagères de cette substance (Balsiger et al., 2025). Par ailleurs, peu de recommandations pour améliorer la situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction avaient été formulées en 2021, et il est temps d'y remédier.

Le présent rapport suit ainsi trois objectifs permettant de compléter et valoriser le travail effectué dans le cadre de développement de l'indicateur en 2021 :

1. **Actualiser les résultats pour 2022** en intégrant les dernières données de l'Enquête suisse sur la santé et du monitoring *act-info* pour comprendre l'évolution de l'indicateur parmi les personnes concernées par un chacun des six problématiques d'addictions analysées, et en comparaison de la population générale.
2. **Recueillir des témoignages** de personnes touchées par une problématique d'addiction et dont la situation sociale est précaire. Cette partie vise à témoigner du vécu de ces personnes, à illustrer les blocages qui, selon leur propre perspective, empêchent une amélioration de leur situation sociale, et à évoquer des pistes d'amélioration possibles.
3. **Développer des propositions de mesures concrètes** visant à améliorer (ou au moins à stabiliser) la situation sociale des personnes concernées par des problématiques d'addiction, en collaboration avec des acteurs et actrices de terrains travaillant au contact de ces personnes (p.ex. responsables d'institutions de traitement, soignant·e·s, psychologues).

2 Méthode

2.1 Notions-clés

2.1.1 *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 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 il ou 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.

Les travaux de 2021 ont permis d'identifier et opérationnaliser cinq indicateurs de la situation sociale en utilisant des sources de données préexistantes (voir Chapitre 2.1 et 2.3 de : Labhart et al. 2021). Ces indicateurs sont : 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 suivant un traitement spécialisé pour leur addiction. D'un point de vue conceptuel, ces indicateurs ont des spécificités propres, mais sont également liés entre eux (p. ex. un revenu fixe améliore la capacité d'avoir un logement stable et un bon état de santé), raison pour laquelle ils forment un tout.

2.1.2 *Usage problématique de substance ou de jeu*

La qualification d'une personne étant 'touchée par une problématique d'addiction' est difficilement mesurable par le biais d'un questionnaire. En effet, la notion d'addiction se définit comme une maladie chronique que l'on peut traiter et qui implique des interactions complexes entre les circuits cérébraux, la génétique, l'environnement et les expériences de vie d'un individu. Les personnes souffrant d'addiction consomment des substances psychoactives ou adoptent des comportements qui deviennent compulsifs et se poursuivent souvent en dépit de la motivation et des efforts de la personne concernées pour s'y soustraire (American Society of Addiction Medicine, 2019). Ses manifestations et son identification varient ainsi d'une personne à l'autre en fonction de nombreux critères. L'alternative la plus probante est la notion d'usage problématique' parmi les personnes admises en traitement dans les structures ambulatoires et résidentielles d'aide aux personnes souffrant d'une addiction. Dans ces structures, le monitoring *act-info* catégorise les personnes concernées sur la base de la substance ou du comportement constituant le *problème principal* lors de l'admission en traitement (Krizic et al., 2023). Il s'agit d'un usage dit « problématique » vu que la personne est admise en traitement justement car elle rencontre des problèmes à cause de son usage de substance ou de jeu de hasard et d'argent. Dans le cas de consommations multiples, plusieurs substances psychoactives peuvent être considérées comme étant problématiques. Les analyses se focalisent ainsi sur la substance ou le comportement qui constitue le problème principal selon la personne concernée et son ou sa thérapeute, 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.

Les personnes ayant un usage problématique de substances psychoactives ou de jeu regroupe un large spectre de personnes, qui ont toutes la particularité de faire usage d'une ou plusieurs substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent à une intensité considérée comme étant à risque ou problématique pour leur santé et pour leur capacité à évoluer de manière autonome. 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 d'argent et de marginalisation sociale.

Les résultats ont été produits pour les personnes souffrant d'un usage problématique des six substances psychoactives ou comportement suivants :

- l'alcool
- le tabac
- le cannabis
- les jeux de hasard et d'argent
- la cocaïne et dérivés
- les opioïdes

Il s'agit des substances ou comportements les plus communément consommés de manière légale (alcool, tabac, et jeu) ou illégale (cannabis, cocaïne et opioïdes). Ils couvraient, en 2022, près de 87% de l'ensemble des demandes de traitement spécialisé en Suisse (Krizic et al., 2022).

2.2 Sources de données

2.2.1 Enquête suisse sur la santé

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) 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'Office fédéral de la statistique (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), 2023). Entre 18'000 et 22'000 personnes ont été interrogées au cours de chacune des quatre 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. Elle permet ainsi de mettre en perspective les résultats des populations prises en charge pour une problématique d'addiction.

2.2.2 Monitoring des traitements spécialisés act-info

Le monitoring *act-info*, acronyme de « addiction care and therapy » est la principale source de données sur la situation sociale des personnes ayant un usage problématique de substances psychoactives ou de jeu. Le monitoring comprend plusieurs statistiques sectorielles, dont la statistique des traitements spécialisés ambulatoires (SAMBAD), les statistiques des traitements spécialisés résidentiels (RESIDALC et FOS), la statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes (TAO) et le monitoring des

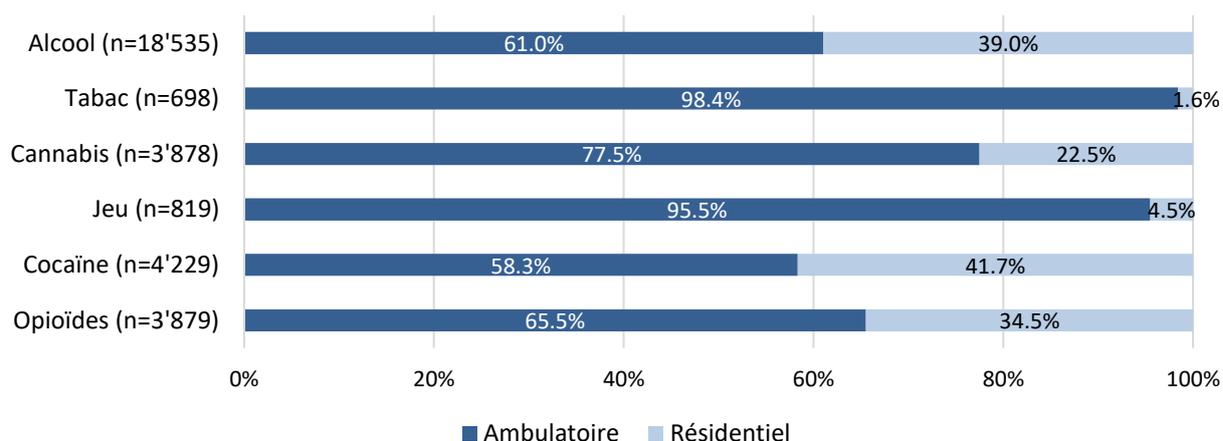
traitements avec prescription de diacétylmorphine (héroïne, dite « HeGeBe »). Dans toutes les statistiques sectorielles, les données sont récoltées au début et à la fin de la prise en charge. Les informations rassemblées à l'admission renseignent en particulier sur les caractéristiques sociodémographiques 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 statistiques sectorielles SAMBAD, RESIDALC et FOS ont été sélectionnées car les statistiques TAO et HeGeBe ne concernent que les opioïdes.

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 (Vorlet & Krizic, 2023). En comparaison des traitements résidentiels (RESIDALC et FOS, voir ci-dessous), 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.

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 (Krizic & Balsiger, 2023). 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 (Krizic & Balsiger, 2023). En comparaison des traitements ambulatoires (SAMBAD), la prise en charge résidentielle suit généralement une ou plusieurs tentatives de traitement ambulatoire. Il s'agit ainsi de problématiques tendanciellement plus sévères.

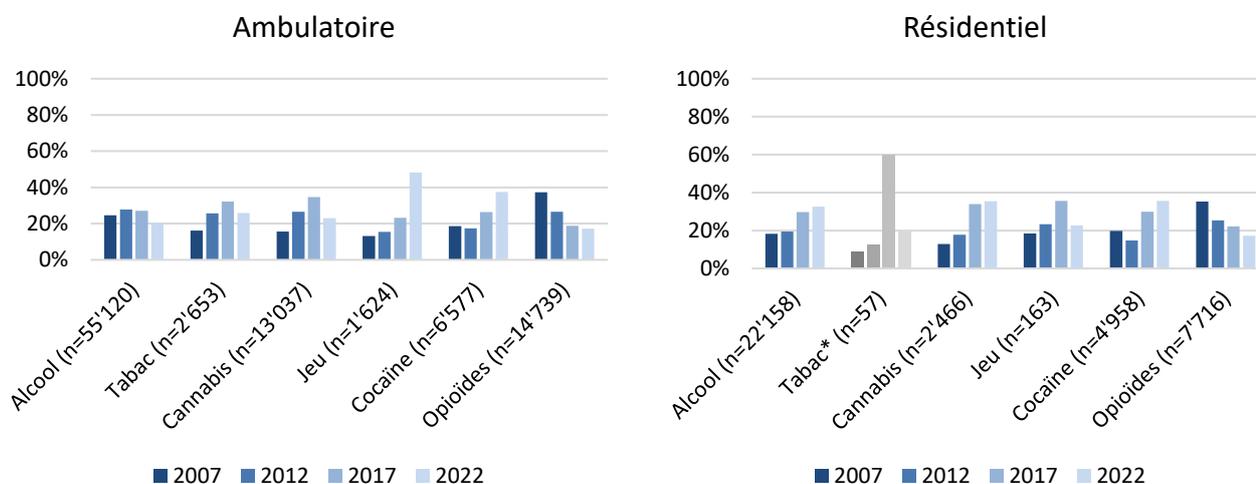
En Suisse, la majorité des prises en charge sont réalisées en ambulatoire, en particulier pour le tabac (98.4% pour l'année de référence 2022), le cannabis (77.5%) et les jeux de hasard et d'argent (95.5%). Comparativement, une proportion plus importante de personnes avec un problème principal lié à l'alcool (39.0%), à la cocaïne (41.7%) ou aux opioïdes (34.5%) étaient prises en charge en résidentiel (Figure 1).

Figure 1 – Répartition des prises en charge ambulatoires et résidentielles, selon le type de problème principal (act-info, résultats pondérés pour l'année de référence 2022 ; n= 32'038)



Notes : se référer au chapitre 2.4.1 pour la méthode de pondération et le principe d'agrégation des années 2021, 2022 et 2023 pour l'année de référence 2022.

Figure 2 – Répartition des prises en charge ambulatoires et résidentielles, selon le type de problème principal, par année de référence (act-info, résultats pondérés pour les années de référence 2007-2022 ; n = 131'268)



Note : * Les résultats pour le tabac sont à considérer avec précaution du fait du nombre réduit de personnes en traitement résidentiel pour cette substance ; n = nombre de cas total pour les années de référence 2007, 2012, 2017, et 2022, par substance ou comportement ; se référer au chapitre 2.4.1 pour la méthode de pondération et le principe d'agrégation des années de référence.

Notes méthodologiques

La participation des institutions au monitoring étant volontaire, la couverture n'est pas complète mais atteint entre un et deux tiers des personnes visées (voir Table A1 dans les annexes). Plus d'informations ce concernant se trouvent dans le rapport annuel d'act-info 2022 (Krizic et al., 2022). Il faut toutefois relever une certaine tendance des cliniques privées destinées à une clientèle aisée à ne pas participer au monitoring act-info, ce qui a pour conséquence une possible surreprésentation des personnes en situation de précarités professionnelle et de logement. Par ailleurs, la participation au monitoring act-info des institutions offrant des traitements pour une problématique d'usage de tabac est relativement basse. Le faible nombre de cas effectivement documentés limite ainsi les enseignements que l'on peut tirer sur les personnes avec une problématique d'addiction à la nicotine.

2.2.3 Entretiens avec six expert·e·s de terrain

Les résultats saillants pour 2022, ainsi que les tendances sur 15 ans, ont été présentés et discutés avec six expert·e·s, actif·ve·s dans les domaines de traitement ambulatoire et résidentiel, dans le cadre d'un entretien d'environ une heure. Les buts de ces entretiens étaient de confronter les résultats à leurs expériences de terrain et d'élaborer des pistes explicatives. L'obtention du consentement éclairé était requise avant le début de chaque entretien.

Les expert·e·s sont deux directeurs et de deux responsables de secteur (ambulatoire et résidentiel) de deux institutions spécialisées dans la prise en charge de problèmes d'addiction en Suisse romande, ainsi que d'une directrice d'institution spécialisée dans la prise en charge de femmes concernées par des problématiques d'addiction et d'un psychothérapeute d'une institution en Suisse alémanique. Ces institutions proposent des suivis ambulatoires ou résidentiels pour de très nombreux types de substances psychoactives et comportements addictifs et représentent différentes sensibilités régionales.

2.2.4 *Entretiens avec deux témoins touchés par une problématique d'addiction*

Deux personnes de Suisse romande, ayant été confrontées à des problématiques d'addiction, ont également été interviewées afin de mettre en perspective les résultats saillants 2022 et leur évolution sur 15 ans. Elles seront nommées dans ce rapport par leur initiale. La première (S.R.) est marquée par un passé de consommation de crack et la deuxième (E.F.) a souffert d'un usage problématique de jeux de hasard et d'argent. Le but de ces entretiens était de recueillir le témoignage d'ancien·ne·s usager·ère·s sur leur expérience ou leur vécu concernant leur situation de logement et d'emploi, et leur sentiment d'isolement social ou d'auto-dévalorisation au cours des dernières années. Il s'agissait également d'aborder les défis auxquels il·elle·s ont été confronté·e·s et ce qui leur a permis de rebondir. L'obtention du consentement éclairé était requise avant le début de chaque entretien.

2.3 Définition des indicateurs

2.3.1 *Niveau de formation*

Le plus haut niveau de formation achevée est une caractéristique déterminante de la situation sociale d'une personne car l'accès à l'emploi est conditionné par les diplômes et certifications obtenus. Ainsi, un faible niveau de formation restreint dans une large mesure l'accès à l'emploi qualifié, stable et décentement rémunéré. En ce qui concerne les usages à risque de substances psychoactives, un faible niveau de formation 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).

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 terminée, 10^{ème} 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

2.3.2 *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. 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 psychoactives. On constate par exemple que 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).

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 et d'argent. 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 sont en incapacité de 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 relativement élevées auprès des personnes avec un problème d'addiction ou marginalisées (Labhart et al., 2010), ces catégories ont également été ajoutées.

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.

Note méthodologique

Lors de la mise à jour des analyses liées à l'indicateur d'employabilité, une erreur de codification a été identifiée dans les analyses présentées dans le précédent rapport. Cette erreur concernait la catégorisation de l'assurance invalidité (AI). Après correction, cette modification a entraîné de légères variations dans la figure 5 par rapport au rapport publié en 2021 (Labhart et al., 2021).

2.3.3 Situation de logement

L'accès au logement individuel est central pour l'autonomie et la reconnaissance sociale d'une personne. Avoir une situation de logement stable favorise notamment la maîtrise de son emploi du temps, de son alimentation, de son hygiène, de ses contacts sociaux, ou encore les démarches administratives. 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 usager·ère·s à risque de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent, l'absence de logement stable peut à la fois favoriser le développement d'une addiction ou en être une conséquence. Une vaste littérature a montré de nombreux liens entre l'absence de logement stable et une prévalence élevée de consommation de substances psychoactives et de jeu de hasard et d'argent (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 favorisant une baisse de la consommation et des pratiques de consommation à moindre risque (Gervasoni & Dubois-Arber, 2009; Kübler & Widmer, 2003; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2015).

Nous avons adopté les catégories utilisées dans le monitoring act-info depuis 2004 (Krizic et al., 2023). 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 habitant·e·s, 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 répondant·e·s à l'Enquête Suisse sur la Santé.

2.3.4 *Isolement social*

L'intégration sociale au travers de réseaux de contacts sociaux est une ressource centrale pour le bien-être et la santé. 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 (Bachmann, 2014). En ce qui concerne les usager·ère·s à risque de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent, 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 entraîner la rupture de liens avec des proches ou un·e employeur, autant la souffrance liée à un sentiment d'isolement peut également inciter à augmenter l'usage de substances psychoactives ou d'autres comportements addictifs.

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, leurs ami·e·s ou 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 basés 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)
- 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.

2.3.5 *Santé psychique : auto-dévalorisation*

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). En ce qui concerne les usager·ère·s à risque de

substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent, l'état de santé général est directement lié à l'usage de substance ou de jeu de hasard et d'argent 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 psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent 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.

Les questionnaires des deux enquêtes retenues possèdent toutes des questions sur l'état de santé des répondant-e-s, mais ces questions sont de types et de natures très différentes. En particulier, le questionnaire du monitoring *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. Les modalités des questions se trouvent dans la Table A1 de l'annexe du rapport 2021 (Labhart et al., 2021). Il est à noter qu'il n'existe pas de question comparable dans l'Enquête suisse sur la santé 2007, ni dans le monitoring *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'un item de l'Enquête suisse sur la santé (variable SPSYG06f « 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 »), plutôt qu'un indicateur construit sur plusieurs items, afin de privilégier la comparabilité avec les autres enquêtes.

2.4 Analyses

2.4.1 Résultats quantitatifs

Les analyses quantitatives utilisent des méthodes statistiques de base, essentiellement des tableaux croisés, pour mettre en évidence les différences à la fois au niveau de la structure des indicateurs (comparaison au sein d'une même année ; p.ex. sur-représentation de personnes avec un niveau de formation élémentaire) ainsi qu'au niveau de l'évolution de l'indicateur (comparaison dans le temps ; p.ex. augmentation de la part de personnes avec un niveau de formation élémentaire) entre les personnes concernées par une problématique d'addiction et de la population générale. Par ailleurs, les profils des personnes admises en traitement étant différents pour chaque type de substance ou comportement, les analyses ont été effectuées de manière séparée par type de substance ou comportement. Cette mise en parallèle des résultats permet de comparer la direction et l'intensité des tendances propres à chaque substance ou comportement.

Année de références

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 par type de substance ou comportement, nous avons agrégé les données de chaque année de référence avec celles des années précédente et suivante (p.ex. 2021 à 2023 pour l'année de référence 2022).

Pondération

Les résultats de chaque indicateur se basent sur un profil intermédiaire entre celui des client·e·s admis·e·s en traitement ambulatoire et celui des client·e·s en traitement résidentiel (Labhart et al., 2021). Ce profil intermédiaire est obtenu grâce à la pondération des résultats selon le type de problème principal et le type de traitement (voir Table A1 en annexe). En effet, compte tenu du déséquilibre entre le nombre annuel d'admissions en traitement ambulatoire et en traitement résidentiel (respectivement 21'700 et 12'568 admissions, voir tableau III dans Krzic et al., 2022), il est en premier lieu important de pondérer les résultats de chaque secteur. Par ailleurs, étant donné que toutes les institutions de soin ne participent pas au monitoring *act-info*, 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 (voir Table A1 en annexe). En termes de représentativité, la pondération des résultats permet de tenir 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.

Toutefois, comme l'ont rappelé les expert·e·s de terrain, certaines caractéristiques de la situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction concernent plus fortement les client·e·s en traitement ambulatoire ou en traitement résidentiel (p.ex. part plus élevée de personnes en emploi parmi la clientèle ambulatoire). Ainsi, afin de rendre compte des particularités de chaque type de clientèle, les résultats sont présentés séparément par type de traitement en annexes.

2.4.2 Résultats qualitatifs

Les entretiens avec les six expert·e·s de terrain et les deux témoins se sont déroulés principalement en présentiel (un entretien avec un expert a eu lieu en ligne). Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits de manière à pouvoir extraire des citations complètes pour mettre en perspective et approfondir les résultats quantitatifs.

Les témoignages des deux personnes ayant été confrontées à des problématiques d'addiction sont résumés dans le chapitre 3.1. Les éclairages fournis par les expert·e·s sont présentés dans des encadrés à la suite des résultats pour chaque indicateur (Chapitres 3.3 à 3.7).

3 Résultats

La présentation des résultats commence par les témoignages des deux personnes touchées par une problématique d'addiction (Chapitre 3.1). Ces deux récits de vie permettent d'illustrer comment différentes dimensions des indicateurs de la situation sociale s'articulent entre elles et évoluent au fil du parcours de vie.

Le Chapitre 3.2 présente l'évolution du profil socio-démographiques des personnes concernées par une problématique d'addiction, tel que représenté par les données des monitoring act-*info* ambulatoire et résidentiel. Ce chapitre permet de montrer les spécificités de chaque groupe de personnes concernées par l'un ou l'autre type de problème d'addiction.

Les chapitres 3.3 à 3.7 présentent les résultats quantitatifs pour chaque indicateur sous forme de figure et de table, ainsi qu'une mise en perspective basée sur les entretiens avec les expert·e·s de terrain.

3.1 Témoignages

Ce chapitre présente le témoignage de deux personnes, interviewées dans le cadre de cette étude, ayant été confrontées au cours de leur vie à des problématiques d'addiction.

Premier témoin (S.R.)

Âgé de 41 ans, S.R. raconte avoir consommé des substances psychoactives, en particulier le crack, durant plus de 20 ans. Aujourd'hui abstinente, il commence par évoquer son adolescence. A 15 ans, son coming out à l'école lui laisse un souvenir douloureux. Des problèmes d'acné et un traitement d'orthodontie lourd le condamnent aux moqueries de ses camarades de classe, renforçant encore son sentiment de différence et effritant sa confiance en lui, son estime de soi et son amour-propre.

Après l'école obligatoire, il trouve sa voie en débutant une formation dans un institut de beauté et obtient son CFC. Il explique d'ailleurs avoir toujours eu du plaisir à se former. Cependant, son mal-être persiste et il le compense par un surinvestissement dans son travail, laissant peu de place à une vie sociale. L'isolement social est d'ailleurs une thématique qui l'accompagnera durant toute sa période de consommation. C'est à cette période qu'il commence à fréquenter le milieu gay et qu'il est introduit à l'ecstasy et au GHB. Ces substances lui donnent de la confiance en lui en soirée.

A 25 ans, il ouvre son propre institut de beauté avec sept employé·e·s, travaillant sans relâche pour compenser son manque de confiance en lui et satisfaire son perfectionnisme. Le travail devient sa « *raison de vivre* ». C'est à cette période qu'il essaye pour la première fois le crack : « *j'y ai touché et je suis tombé dedans* ». Il décrit cette substance comme son « *oxygène* » durant 10 ans, y trouvant un réconfort, une existence et un moyen de supporter son rythme de vie professionnel. Sa consommation devient quotidienne, entraînant des problèmes financiers qui le mènent à la perte de son entreprise.

Il tente un premier sevrage en clinique, mais sans succès. A la sortie, il retombe dans la consommation de crack : « *j'avais besoin de ça pour exister. J'avais besoin de ça pour respirer* ». Malgré cette rechute, il se reconstruit et ouvre un nouveau cabinet de beauté dans un salon de coiffure. Malheureusement, il contracte l'hépatite C, une maladie contagieuse et source de stigmatisation qui complique son quotidien professionnel. Lorsqu'il prend un congé de deux mois pour suivre un traitement contre l'hépatite, il informe la patronne du salon de coiffure de sa situation. À son retour, il découvre avec stupeur que son cabinet a été fermé, le privant de toute sa clientèle.

Dans une tentative de s'éloigner du crack, il commence à s'injecter de la 3-MMC et retrouve un certain contrôle sur sa consommation. Cela lui permet de déménager, d'ouvrir un nouveau cabinet d'esthétique et de retrouver une vie sociale. Mais la crise du COVID-19 vient tout bouleverser : il perd sa clientèle et ses revenus. Ses demandes d'aide sociale sont rejetées. Il perd son appartement et est accueilli par une connaissance. Dans cette situation de grande précarité, sa consommation de crack s'intensifie et sa santé mentale se dégrade.

Malgré tout, son grand optimisme et son désir profond de s'en sortir le conduisent vers un second sevrage de trois mois. Ce séjour marque un déclic : il comprend les mécanismes de l'addiction, accepte qu'il s'agit d'une maladie et commence à se déculpabiliser. Il obtient ensuite une place dans une institution pour une année, un cadre stable qui lui permet de se reconstruire progressivement. Il intègre ensuite un appartement protégé, avant de trouver un studio par ses propres moyens.

Aujourd'hui, S.R. entreprend une formation pour devenir pair-aidant, transformant ainsi son parcours de vie marqué par les épreuves en une force au service des autres. En tant que stagiaire dans une fondation, il se réconcilie avec le monde professionnel et s'épanouit dans ce nouveau rôle. Il est convaincu que la paire-aidance joue un rôle essentiel, en complément du travail des professionnels, en instaurant une relation de confiance unique avec les personnes souffrant d'addiction. Son propre cheminement est la preuve qu'il est possible de s'en sortir, et il espère inspirer celles et ceux qui luttent encore contre l'addiction. Aider les autres est pour lui une manière de se renforcer et de consolider son abstinence, tout en évoluant dans un cadre sécurisant grâce à l'encadrement des professionnel·le·s. Fort de son expérience, il insiste sur l'importance de sensibiliser tout un chacun, et particulièrement les personnes concernées, au fait que l'addiction est une maladie et non une question de volonté. Selon lui, cette prise de conscience permettrait de lutter contre la stigmatisation et d'apporter un soutien plus adapté aux personnes en souffrance.

Deuxième témoin (E.F.)

Dans la vingtaine, E.F. raconte que son addiction aux jeux de hasard et d'argent, et plus particulièrement aux paris sportifs, ont marqué cinq années de sa vie. Tout commence par une passion pour le football, qui l'incite, avec ses ami·e·s, à parier sur des matchs. Persuadé que ses connaissances sportives augmenteraient ses chances de gagner, il intensifie progressivement sa pratique, passant des paris sportifs aux jeux de casino, notamment la roulette. Si cette pratique était initialement contrôlée, elle devient rapidement obsessionnelle. Il explique que l'appât du gain est son principal moteur, percevant les jeux d'argent comme un investissement plutôt qu'un loisir. Il n'hésite donc pas à s'endetter en contractant un crédit de 20'000.- CHF, initialement destiné à financer son permis de conduire.

Dans le but d'optimiser sa stratégie de paris, il investit beaucoup de temps à se former et à analyser les événements sportifs. Peu à peu, les jeux de hasard prennent une place centrale dans son quotidien, le conduisant à l'isolement. Afin d'éviter les reproches et les inquiétudes de son entourage, il joue en cachette. Des tensions à propos de ses dépenses apparaissent au sein de sa famille, renforçant son retrait. Malgré tout, il parvient à mener à bien ses études, obtenant un CFC, et travaille ensuite durant cinq ans en tant qu'assistant socioéducatif.

Au fil du temps, ses pertes s'accumulent, aboutissant à un endettement total de 40'000.- CHF et à des poursuites. Il finit par perdre son emploi (il ne pense pas que cela soit directement lié à son addiction aux jeux) et se retrouve au chômage. Un déclic lié à sa famille le pousse à s'autoexclure des plateformes de jeux et des casinos. Cela marque le début de son abstinence, qu'il maintient depuis deux ans. Parallèlement, il est suivi par un centre spécialisé dans l'addiction aux jeux de hasard et d'argent et a demandé une curatelle pour l'aider à gérer sa situation financière.

Aujourd'hui, il se dit reconnaissant d'avoir le soutien de ses parents, chez qui il vit encore. Toutefois, cette reconnaissance est mêlée à un profond sentiment de culpabilité et de honte, lié à sa perte de contrôle sur le jeu et à son endettement. Cette culpabilité alimente une certaine forme de dévalorisation de soi.

Avec du recul, il identifie plusieurs facteurs ayant contribué à son usage problématique des jeux de hasard et d'argent : l'influence des jeux d'argent au sein de sa famille, où le loto et les jeux de grattage étaient largement acceptés ; le marketing agressif et les publicités omniprésentes pour les jeux d'argent, qui ont renforcé son attrait pour ces pratiques ; l'accessibilité facile des jeux via les smartphones, favorisant le jeu à tout moment de la journée ; et la croyance erronée que le jeu pouvait constituer une source de revenus rapides.

Aujourd'hui, E.F. reconnaît l'importance de la prévention et milite pour une meilleure sensibilisation aux dangers des jeux d'argent. Il insiste sur la nécessité de réguler les publicités pour ces jeux, notamment sur internet et à la télévision. Avec le recul, il a appris une leçon essentielle : « *Sur le long terme, on ne gagne pas.* ».

3.2 Profils sociodémographiques, selon la problématique d'addiction des personnes en traitement

Les **Figure 3** et **Figure 4** représentent la distribution du sexe ainsi que la structure de l'âge et l'âge moyen des personnes en traitement pour chacun des six problèmes d'addiction analysés. Pour toutes les substances psychoactives ou comportements relevés, la majorité des personnes prises en charge sont des hommes. On observe toutefois une distribution de femmes plus importantes parmi les usagers et usagères de tabac que pour les autres substances psychoactives ou comportements. De manière générale, les traitements pour problématiques de cannabis semblent concerner principalement des jeunes de moins de 25 ans, alors que la moyenne d'âge pour les autres substances psychoactives ou comportement est nettement plus élevée, particulièrement dans le cas de l'alcool et des opioïdes¹.

Pour **l'alcool**, la part d'hommes (environ 70%) est restée globalement stable entre 2007 et 2022. L'âge moyen a connu de légères fluctuations entre 44 et 46 ans. Concernant le **tabac**, la part de femmes en traitement avait diminué entre 2007 et 2017 pour augmenter légèrement en 2022 (43.9%). La moyenne d'âge est passée de 41 à 38 ans avec une augmentation des personnes de moins de 35 ans. Dans le cas du **cannabis**, la part de femmes débutant une prise en charge a augmenté continuellement entre 2007 et 2022 pour passer de 17.3% à 23.5%. La moyenne d'âge a augmenté de 22 à 25 ans, s'expliquant par une diminution de la part des client·e·s de moins de 25 ans et une augmentation des client·e·s âgé·e·s de 35-44 ans et de 45-54 ans. Pour les **jeux de hasard et d'argent**, la part de femmes en traitement a diminué de 18.1% à 14.2% entre 2007 et 2022. La moyenne d'âge a oscillé entre 37 et 39 ans avec une légère augmentation des 25-34 ans. Pour la **cocaïne**, la part de femme a légèrement baissé pour atteindre 20.0% en 2022. La moyenne d'âge a augmenté de 30 à 34 ans, avec une diminution de la part des 15-34 ans et une augmentation de la part des personnes âgées d'au moins 35 ans. La part de femmes dans le cas des prises en charge pour consommation problématique d'**opioïdes** a également baissé entre 2007 et 2022 (de 26.0% à 22.6%). La moyenne d'âge a augmenté de 33 à 39 ans, s'expliquant par une forte diminution des personnes de moins de 35 ans et une forte augmentation des personnes d'au moins 45 ans.

¹ La Figure A1 en annexe représente la distribution du sexe ainsi que la structure de l'âge et l'âge moyen de la population générale. On y observe que, depuis 2007, la répartition hommes-femmes est restée stable, les femmes représentant un peu plus de la moitié de la population. L'âge moyen a graduellement augmenté entre 2007 et 2022, passant de 46 à 49 ans.

Figure 3 – Distribution du sexe des personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d’argent sollicitant un traitement, par année de référence (act-info, résultats pondérés ; 2007-2022)

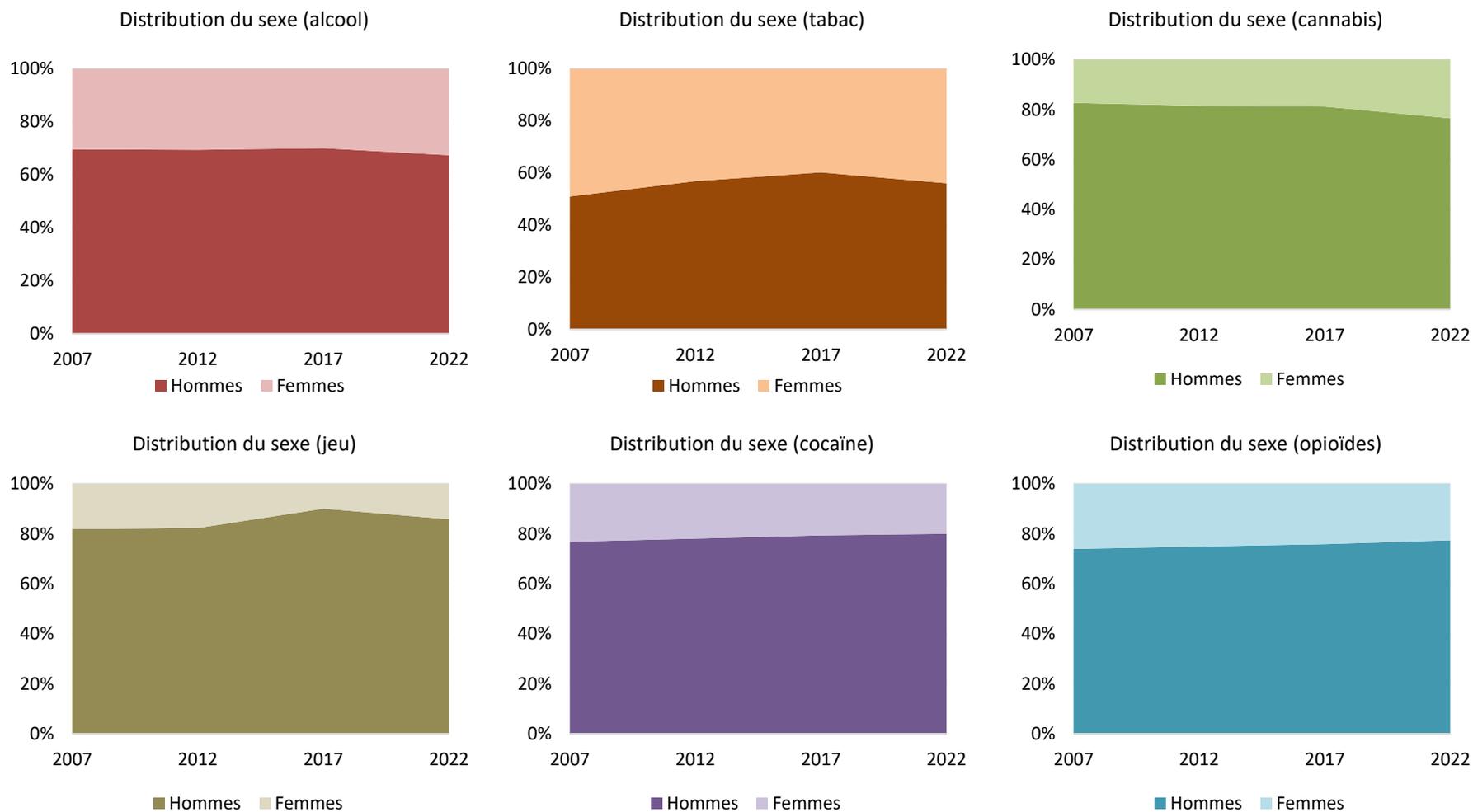
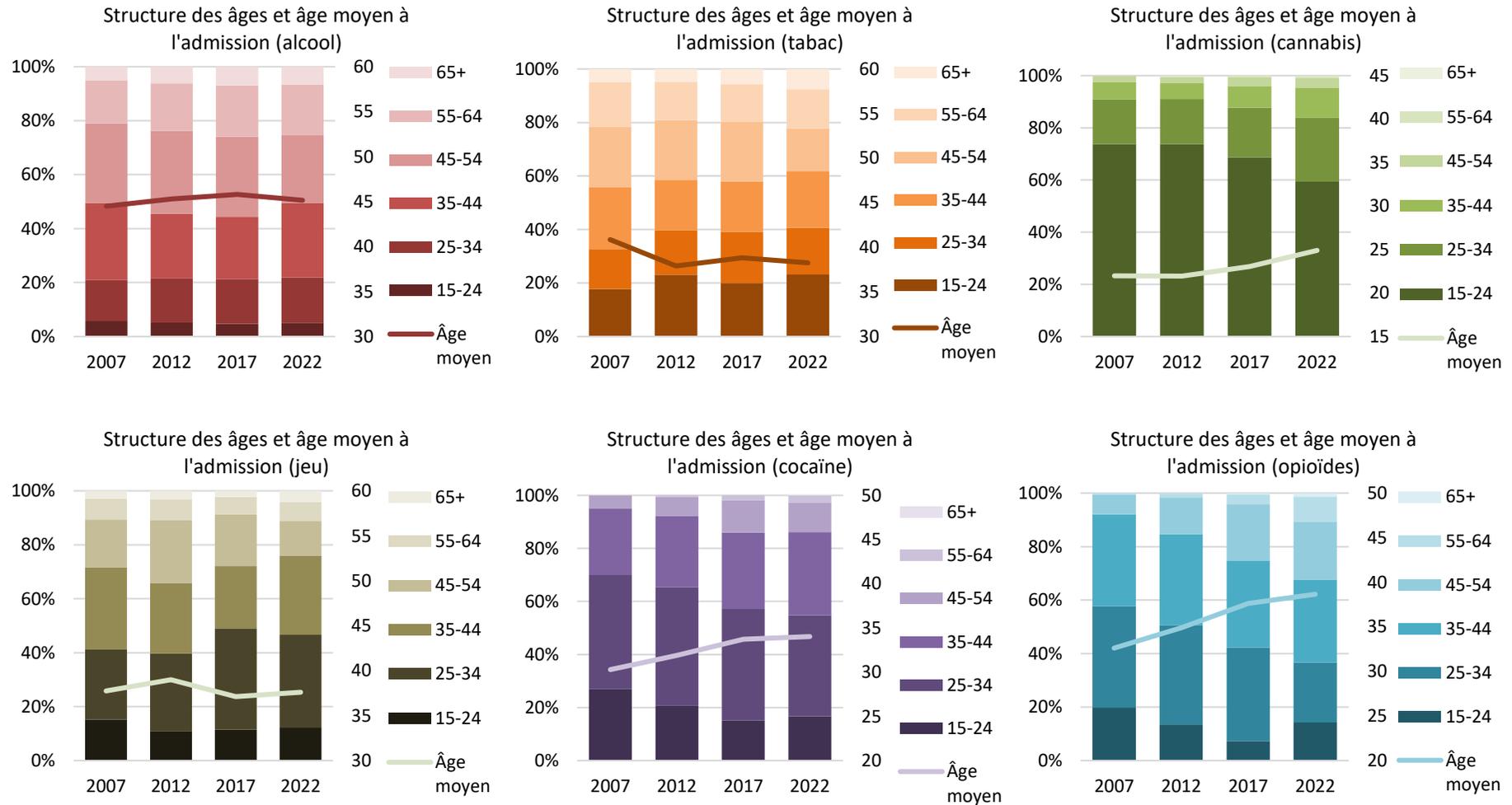


Figure 4 – Structure d'âge et moyenne d'âge à l'admission des personnes avec un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent sollicitant un traitement, par année de référence (act-info, résultats pondérés ; 2007-2022)



3.3 Niveau de formation

La **Figure 5** présente les tendances 2007-2022 du niveau de formation parmi la population générale et les personnes se trouvant en traitement principalement pour un usage problématique de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent.

Dans la population générale, le niveau de formation secondaire professionnelle est le plus représenté, malgré sa net diminution entre 2007 et 2022. On observe une forte proportion de personnes ayant achevé une formation de degré tertiaire (professionnel supérieur ou hautes écoles), cette part ayant même augmenté entre 2012 et 2017. A l'inverse, parmi les personnes prises en charge pour usage de substances psychoactives ou comportement problématique, le niveau de formation est majoritairement la scolarité obligatoire ou une formation de degré secondaire, une disparité qui s'est maintenue au cours des années. En général, peu de différences sont observées entre les personnes prises en charge en ambulatoire et en résidentiel (Table A8 en annexe).

En ce qui concerne les tendances par substance ou comportement, pour **l'alcool**, la part des personnes ayant achevé une formation de degré secondaire a sensiblement diminué entre 2007 et 2022, alors que la proportion du degré de formation tertiaire (HES, Uni) a doublé sur la même période. Le **cannabis** est la substance avec le plus haut taux de personnes n'ayant achevé que la scolarité obligatoire. Cela s'explique par l'attrait particulier pour cette substance chez les adolescent·e·s (Gmel et al., 2018; Krzic et al., 2022) et le fait que certains cantons ont introduit des conventions de traitement entre justice des mineur·e·s et institutions d'aide aux personnes dépendantes (Praticien Addiction Suisse, 2023). Cette tendance est toutefois à la baisse depuis 2012, en parallèle d'une augmentation du nombre de personnes avec degré de formation secondaire professionnelle. Concernant les **jeux de hasard et d'argent**, deux tendances se renforcent en 2022, à savoir une baisse de la proportion de personnes ayant achevé une scolarité obligatoire et une hausse de celles ayant atteint le degré secondaire professionnelle.

Encadré n°1 : Eclairages d'expert·e·s et de témoins

Pour les expert·e·s de terrain, les différences du niveau de formation entre la population générale et les personnes concernées par des problématiques d'addiction s'expliquent par le fait que la consommation de substances psychoactives commence souvent tôt et met en péril l'achèvement de la scolarité obligatoire ou d'une formation secondaire, condamnant les jeunes à une plus grande précarité sociale pour la suite de leur vie. Ils·elles observent toutefois des particularités selon la substance ou le comportement problématique ayant mené à la prise en charge.

Pour **l'alcool**, les personnes en traitement sont en moyenne plus âgées que pour d'autres substances. La consommation d'alcool étant socialement intégrée voire valorisée, elles ont souvent pu achever leur formation et s'insérer professionnellement avant la perte de contrôle sur leur consommation, ce qui explique un niveau plus élevé de formation en comparaison des autres substances relevées dans la figure 5.

Concernant les **jeux de hasard et d'argent**, la digitalisation a fait évoluer les pratiques de jeu ces dernières années. « *Avant c'était très PMU, donc il fallait aller dans le troquet du coin jouer au PMU* » alors qu'aujourd'hui, ces jeux sont accessibles à un public large et de plus en plus jeune, notamment avec l'émergence des paris sportifs disponibles en tout temps et sur smartphones. Les parieur·euse·s pensant pouvoir maîtriser ces jeux sont beaucoup plus dans l'intellectualisation. Ces raisons expliqueraient qu'un plus grand nombre de personnes avec une formation secondaire professionnelle soient traitées pour un usage problématique de ces jeux. Le témoignage d'E.F. illustre bien cette tendance (voir chapitre 3.1). Sa pratique de paris sportifs et de jeux de casino ne l'a pas empêché d'obtenir sa maturité professionnelle et son certificat fédéral de capacité (CFC).

Quant au **cannabis**, les expert·e·s confirment que le taux élevé de personnes ayant achevé uniquement une scolarité obligatoire est lié à la moyenne d'âge relativement basse des personnes en traitement, qui n'ont souvent pas encore achevé leur formation secondaire. D'ailleurs, les prises en charge (ambulatoires) sont souvent débutées suite à une mesure de protection des mineur·e·s. On observe toutefois une hausse du niveau de formation secondaire professionnel parmi ces personnes. La consommation de cannabis deviendrait problématique une fois la scolarité terminée, devenant difficile à concilier avec la nouvelle vie professionnelle, ce qui entraîne une augmentation de la demande de prise en charge à ce moment donné.

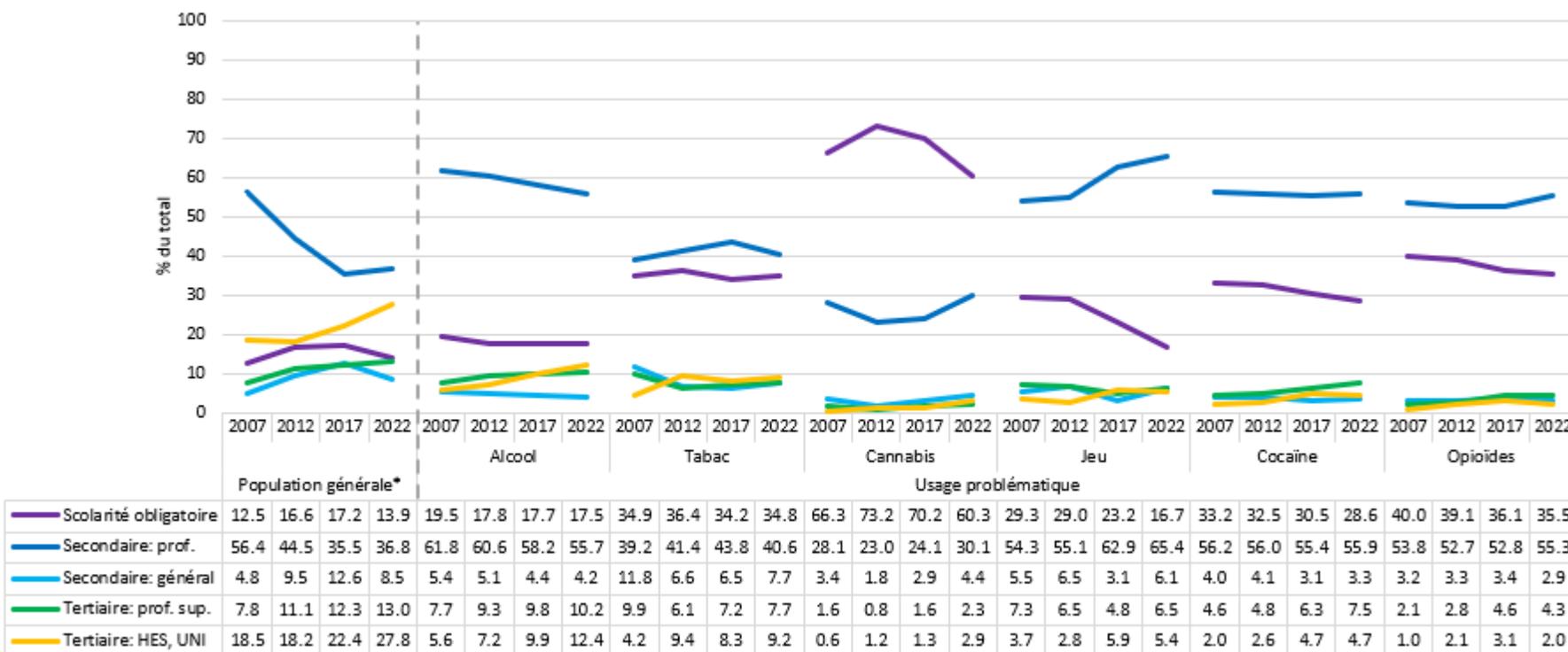
Mesures pour améliorer le niveau de formation

Les expert·e·s interviewé·e·s insistent sur le fait qu'il est malheureusement difficile pour les personnes confrontées à des problèmes d'addiction ayant un faible niveau de formation de rattraper une scolarité perdue, du fait notamment de leur fragilité psychique mais également des contraintes organisationnelles que cela impose.

Une piste de solution consiste à soutenir les adolescent·e·s pour finir au moins une formation élémentaire et d'offrir aux adultes des cours adaptés pour rattraper une formation inachevée.

Par ailleurs, les femmes avec enfants sont particulièrement confrontées à ces difficultés, notamment à cause de la difficulté de trouver des moyens de garde adéquats. Pour surmonter ces barrières, il faudrait plus d'offres de formation à temps partiel et de solutions de garde pour leurs enfants.

Figure 5 - Niveau de formation dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (ESS & act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2007-2022)



Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondant·e·s à l'Enquête suisse sur la santé ; se référer au chapitre 2.4.1 pour la méthode de pondération et le principe d'agrégation des années de référence.

3.4 Employabilité

La **Figure 6** présente les tendances 2007-2022 de l'employabilité parmi la population générale et les personnes se trouvant en traitement pour un usage problématique de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent. Sur l'ensemble de la période, on observe que la part des personnes avec usage de substances psychoactives ou comportement problématique se trouvant dans une situation de travail instable ou évoluant en marge du monde du travail a globalement augmenté en comparaison de la population générale.

En 2022, les personnes en traitement sont nombreuses à être en recherche d'emploi, à l'assurance sociale ou invalidité et, plus spécifiquement pour les problèmes de consommation de cocaïne et d'opioïdes, inactives sur le marché du travail. Entre 2017 et 2022, on observe une augmentation des personnes en emploi pour la plupart des substances psychoactives et comportements (à l'exception de l'alcool) après une tendance à la baisse depuis 2007. Cette augmentation est particulièrement marquée pour les joueurs et joueuses de **jeux de hasard et d'argent**. Pour le **cannabis**, la part de personnes en formation a baissé fortement entre 2017 et 2022, ce qui s'explique entre autre par l'augmentation de la moyenne d'âge des personnes en traitement pour un problème principal de cannabis, ayant donc terminé leur formation (Krizic et al., 2022).

On observe une augmentation de la proportion de personnes bénéficiaires de l'assurance invalidité (AI), maladie ou accident parmi les personnes prises en charge sur l'ensemble de la période, à l'exception des jeux d'argent et de hasard et du tabac. Cette tendance peut être liée à une jurisprudence du Tribunal Fédéral de 2019 permettant de considérer un diagnostic de syndrome de dépendance comme une atteinte à la santé (psychique) et donc de pouvoir bénéficier, comme pour d'autres troubles psychiques, d'un soutien de l'AI (Kern, 2019). Ainsi, particulièrement pour la **cocaïne** et les **opioïdes**, le taux de bénéficiaires de l'aide sociale (AS) a diminué entre 2017 et 2022, semblant indiquer un transfert des cas de l'AS à l'AI.

Le profil des personnes consommant de la cocaïne varie selon la forme de la substance, qu'il s'agisse de poudre ou de crack. Les personnes prises en charge pour un usage problématique de cocaïne en poudre sont plus fréquemment actives sur le marché de l'emploi que celles consommant du crack. A l'inverse, ces dernières se trouvent davantage en situation de précarité, avec des taux plus élevés de recours à l'aide sociale ou à l'AI, de chômage ou d'inactivité, ainsi qu'en situation de logement plus instable (Balsiger et al., 2025).

En 2022, le taux de personnes en emploi était plus élevé parmi les personnes prises en charge en ambulatoire (51.2%) qu'en résidentiel (25.5%). Au contraire, le taux de personnes bénéficiant de l'aide sociale ou de l'AI était beaucoup plus élevé parmi les prises en charge résidentielles (22.5% resp. 24.6% contre 8.5% resp. 10.7% en ambulatoire), ce qui témoigne d'une plus grande précarité de ces personnes (voir Table A7 en annexe).

Encadré n°2 : Eclairages d'expert·e·s et de témoins

Les personnes concernées par des problématiques d'addiction sont plus nombreuses que la population générale à se retrouver en marge du monde du travail. Selon les expert·e·s du terrain, plusieurs facteurs expliquent cette situation, notamment la fragilité et les comorbidités psychiques associées aux addictions, ainsi qu'un niveau de formation souvent plus faible, lié à un début précoce de la consommation de substances psychoactives. Le taux d'employabilité est particulièrement faible parmi les personnes prises en charge dans des institutions résidentielles, comparé aux traitements ambulatoires. Cette différence s'explique par un effet de sélection : les personnes en emploi hésitent à se mettre en arrêt maladie pour ce type de traitement, par peur de perdre leur travail ou pour des raisons

administratives, privilégiant les prises en charge ambulatoires. Le secteur résidentiel accueille donc une clientèle plus précarisée socialement que l'ambulatoire.

L'augmentation du taux de personnes en emploi entre 2017 et 2022 pourrait s'expliquer par une pénurie de main-d'œuvre dans certains secteurs, comme la restauration, qui a permis à des individus moins qualifiés d'intégrer plus facilement le marché du travail. En parallèle, la consommation de **cocaïne** (en poudre) s'est quelque peu démocratisée, touchant des individus bien insérés professionnellement. Le marché de la cocaïne a évolué et sa consommation (sous forme de poudre) s'observe aussi bien en milieu festif que dans certains environnements professionnels, notamment chez les saisonnier·ère·s et dans le secteur touristique. Un intervenant rapporte que de nombreuses personnes en traitement résidentiel pour une consommation de cocaïne bénéficient d'un arrêt maladie temporaire, ce qui témoigne d'une insertion sociale et professionnelle encore préservée par rapport à d'autres substances psychoactives. Concernant les **opioïdes**, les traitements par agonistes opioïdes (anciennement dit « de substitution ») constituent un soutien permettant de maintenir une activité professionnelle sur le long terme.

En ce qui concerne les **jeux de hasard et d'argent**, les compétences sociales et cognitives des joueur·euse·s sont généralement préservées, contrairement à la consommation de substances psychoactives. Un intervenant souligne que la dynamique du manque est différente : « *Les personnes peuvent s'organiser pour jouer à d'autres moments. [...] quand on joue, même si on va jouer un petit moment sur la journée, on revient, on est clean* », alors que la consommation de substances psychoactives impacte directement la productivité et les compétences professionnelles. De plus, la pratique des jeux de hasard est socialement plus acceptée et moins stigmatisée que la consommation de substances psychoactives, elle s'intègre plus facilement dans le quotidien d'une personne en emploi. Ces propos sont illustrés par le témoignage d'E.F. ayant maintenu un emploi à 100% durant cinq ans, malgré un usage problématique de ces jeux (voir chapitre 3.1).

Si des dispositifs existent pour accompagner ces personnes vers la réinsertion professionnelle, les perspectives restent limitées. Le faible niveau de formation restreint l'accès à certains postes, et les opportunités disponibles (par ex. chantiers, restauration) sont souvent peu attractives ou non adaptées (proximité avec l'alcool ou d'autres substances, horaires). De plus, les exigences pour accéder à un poste, même de bas seuil ou sous forme de stage, restent élevées, compliquant l'intégration sur le marché du travail. De plus, leur fragilité rend le pas difficile à faire. « *Ils sont un peu cantonnés à des mesures d'occupation ou de loisirs. Puis, quand ils veulent faire le pas de l'insertion professionnelle, il y a un gap un peu trop important* ». Et avant toute réinsertion, la priorité demeure la stabilisation de la consommation afin d'éviter des risques professionnels, notamment dans des secteurs où la vigilance est essentielle, comme le bâtiment ou la conduite de véhicules.

Les femmes avec enfants sont particulièrement préteritées en vue d'un retour sur le marché du travail en raison des difficultés à trouver des solutions de garde. De plus, les logements abordables se situent souvent dans des quartiers où l'offre de garde d'enfants est insuffisante, accentuant encore les obstacles à l'insertion professionnelle. Les perspectives d'emploi à faibles taux d'occupation dans des secteurs moins bien rémunérés (ex. salon de coiffure, restauration) ne leur permettent pas de sortir de la précarité.

Enfin, bien que l'accès aux prestations de l'assurance-invalidité (AI) reste limité pour les personnes souffrant d'addictions, des améliorations ont été observées depuis la jurisprudence du Tribunal fédéral en 2019. Dans le cadre des prises en charge résidentielles, les demandes de rente AI sont devenues plus systématiques dès l'admission des client·e·s. Toutefois, l'addiction seule ne suffit généralement pas à justifier l'octroi d'une rente, des comorbidités psychiatriques étant souvent prises en compte. L'obtention d'une rente AI constitue un véritable levier d'amélioration sociale, offrant un

accompagnement pluridisciplinaire, des aides financières et des mesures de réinsertion. Comme le souligne un intervenant, « *les personnes qui ont bénéficié de l'AI ont un socle bien plus solide* ». Les deux témoins interviewés ne bénéficient pas des prestations de l'AI mais sont soutenus par une curatrice de l'aide sociale. S.R. raconte avoir fait de premières démarches durant la crise du COVID-19, sans succès. Ce n'est que durant son séjour en institution que l'aide sociale a été mise en place. E.F. explique recevoir de l'aide d'une curatrice pour rembourser ses dettes à hauteur de 40'000.- CHF (voir chapitre 3.1).

Mesures pour améliorer la situation de l'employabilité

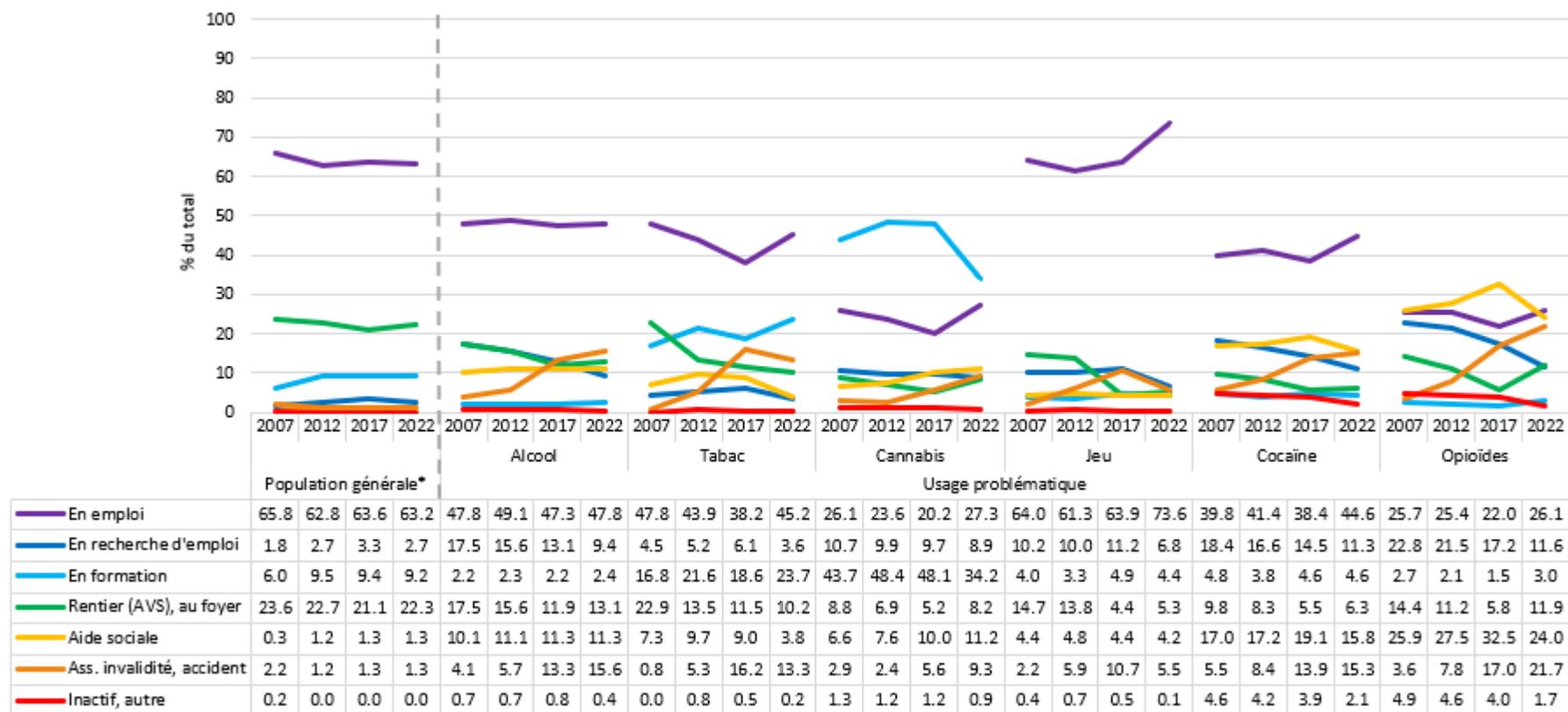
Pour améliorer la situation professionnelle des personnes souffrant d'addictions, une approche inspirée du modèle "*Housing First*", appelé "*Working First*", propose un accompagnement progressif vers l'emploi, en tenant compte de la fragilité des bénéficiaires. Elle repose sur la création d'un climat de confiance et une réintégration par étapes, nécessitant un suivi à long terme.

Il est essentiel d'adapter les mesures de réinsertion aux réalités et aux capacités des personnes concernées. Cela implique une évaluation approfondie de leur projet de vie, de leur parcours professionnel et de leur niveau de formation. Les partenariats avec des ateliers et des stages sont des solutions permettant aux bénéficiaires de tester leur capacité à respecter un cadre de travail et une certaine régularité avant d'accéder à un emploi durable. Toutefois, les exigences des programmes de réinsertion professionnelle restent bien trop souvent élevées. Il existe un écart conséquent entre les dispositifs à très bas seuil et les attentes du marché du travail, rendant la transition difficile.

En ambulatoire, des suivis psychothérapeutiques, des activités occupationnelles et des entraînements au travail existent, mais ces dispositifs restent sous-développés en résidentiel. Il est nécessaire de renforcer les passerelles entre ces différentes étapes pour assurer une continuité dans l'accompagnement.

Enfin, le témoignage d'un ancien consommateur met en lumière l'importance du rôle des pair·e·s-aidant·e·s dans l'accompagnement des personnes en réinsertion. Devenu lui-même pair-aidant, cette opportunité lui a permis selon ses dires de se « *réconcilier avec le milieu professionnel* ». En accompagnant d'autres personnes souffrant de problèmes d'addiction, il se sent à sa place et s'épanouit pleinement. L'accompagnement de la paire-aidance par des professionnel·le·s des addictions lui confère de plus un sentiment de sécurité face à ses propres problématiques. Il souligne également le manque de pair·e·s-aidant·e·s, alors que leur vécu constitue une ressource précieuse pour donner de l'espoir à celles et ceux qui peinent encore à gérer leur consommation. « *Le fait d'aider les autres, je m'aide moi-même* », conclut-il.

Figure 6 - Employabilité dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (ESS & act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2007-2022)



Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondant-e-s à l'Enquête suisse sur la santé ; se référer au chapitre 2.4.1 pour la méthode de pondération et le principe d'agrégation des années de référence.

3.5 Situation de logement

La **Figure 7** présente les tendances 2007-2022 de la situation de logement parmi les personnes se trouvant en traitement pour un usage problématique de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent. Contrairement aux autres chapitres, aucune comparaison avec la population générale n'est montrée car les participant·e·s à l'Enquête suisse sur la santé sont principalement échantillonné·e·s sur la base du registre des habitant·e·s et majoritairement contacté·e·s sur un téléphone fixe. Les personnes sans domicile-fixe ou vivant en institution en sont exclues de facto. De ce fait, la **Figure 7** représente uniquement les résultats pour les personnes en traitement.

En 2022, la part des personnes en situation de logement stable était plus élevée pour les personnes en traitement pour un problème d'usage de **tabac** ou de **jeux de hasard et d'argent** que pour les autres substances psychoactives.

A l'exception des jeux de hasard et d'argent, on observait entre 2007 et 2017 une diminution de la part de personnes en situation de logement stable et une augmentation de la part de personnes en institutions pour toutes les substances psychoactives. Cette tendance s'est accentuée en 2022 pour **l'alcool** et le **cannabis**. Au contraire, elle s'est inversée pour le **tabac**, la **cocaïne** et les **opioïdes**. Par ailleurs, la proportion de personnes en situation de logement instable n'a pas évolué dans le temps, à l'exception d'une diminution pour la cocaïne et les opioïdes entre 2012 et 2022.

Les personnes prises en charge de manière ambulatoire ont une situation de logement bien plus stable que celles prises en charge en résidentiel (92.8% contre 58.8%) (Table A9 en annexe).

Encadré n°3 : Eclairages d'expert·e·s et de témoins

Les résultats des entretiens mettent en évidence des disparités cantonales en matière d'accès au logement pour les personnes concernées par des problèmes d'addiction. Ces disparités proviennent entre autres des politiques de logement, ainsi que des dynamiques du marché immobilier propres à chaque canton. Plus l'offre est limitée, plus les exigences des régies et des propriétaires sont élevées, rendant l'accès au logement particulièrement difficile pour les individus se trouvant en situation de précarité sociale.

L'un des freins à l'accès au logement est un taux de vacances très bas dans certaines régions, particulièrement dans les grandes villes et les centres urbains. La concurrence pour les logements à bas prix pénalise les personnes concernées par des problématiques d'addiction, souvent marquées par des dettes ou des poursuites. De plus, un garant (par ex. AI ou aide sociale) est souvent exigé, ce qui complique encore l'accès au logement. Au-delà de ces critères financiers, la stigmatisation de cette population est un obstacle supplémentaire : de nombreux propriétaires hésitent ou refusent de louer leur bien à une personne en situation d'addiction.

Par ailleurs, s'éloigner des centres urbains n'est pas la meilleure solution. Les prestations d'accompagnement et d'aide sont majoritairement concentrées en ville, et vivre en périphérie implique des coûts de transport élevés et des difficultés logistiques. En particulier pour les femmes avec enfant, les solutions de garde sont moins accessibles hors des centres, ce qui peut faire obstacle à leur insertion professionnelle.

Selon la plupart des intervenant·e·s, les personnes prises en charge en milieu résidentiel font souvent face à des situations de logement instables. Ce fut notamment le cas du témoin S.R., qui a perdu son logement durant la crise du COVID-19 en raison de difficultés financières consécutives à la fermeture

de son salon d'esthétique, suite aux mesures socio-sanitaires mises en place à cette époque. Bien que temporairement accueilli chez une connaissance, cette situation l'a fortement déstabilisé, intensifiant ainsi sa consommation de crack (voir chapitre 3.1).

D'une manière générale, les expert·e·s du secteur résidentiel observent une dégradation des conditions de logement chez leurs résident·e·s ces dernières années. Ce constat semble en contradiction avec les résultats présentés dans la **Figure 7**, qui montre une augmentation entre 2017 et 2022 de la part de personnes en situation de logement stable entrant en traitement pour un problème d'usage de cocaïne ou d'opioïdes. Un intervenant relève toutefois une évolution notable qui peut expliquer cet apparent paradoxe pour la cocaïne : de plus en plus de personnes issues d'un milieu socio-économique favorisé semblent nécessiter une prise en charge en raison de leur consommation de substances psychoactives, notamment de **cocaïne** en poudre, dont l'usage s'est largement répandu.

Dans le cas des **opioïdes**, l'accès au logement semble s'améliorer lorsque les consommateur·ice·s bénéficient d'un traitement par agonistes opioïdes. Celui-ci leur apporte une structure de vie plus stable en réduisant la nécessité d'être en quête permanente d'héroïne. Cette stabilité favorise une meilleure intégration sociale et, potentiellement, un accès au logement plus durable. Toutefois, cet effet de cercle vertueux existait déjà avant 2017 et ne suffit pas à expliquer l'amélioration de la situation de logement de ces personnes durant les cinq dernières années.

Mesures pour améliorer la situation de logement

L'amélioration de la situation de logement pour les personnes concernées par des problèmes d'addiction passe par des mesures politiques, sociales et un changement de mentalité au sein de la société. Plusieurs pistes d'action sont mises en avant par les expert·e·s du secteur, allant de la régulation du marché immobilier à des solutions d'accompagnement individualisées.

Parmi les leviers politiques évoqués, l'augmentation du taux de logements sociaux dans les nouvelles constructions apparaît comme une mesure clé pour améliorer l'accès au logement des populations vulnérables. Un plafonnement des loyers est également suggéré afin de limiter la spéculation immobilière et de garantir des loyers accessibles aux personnes en situation de précarité.

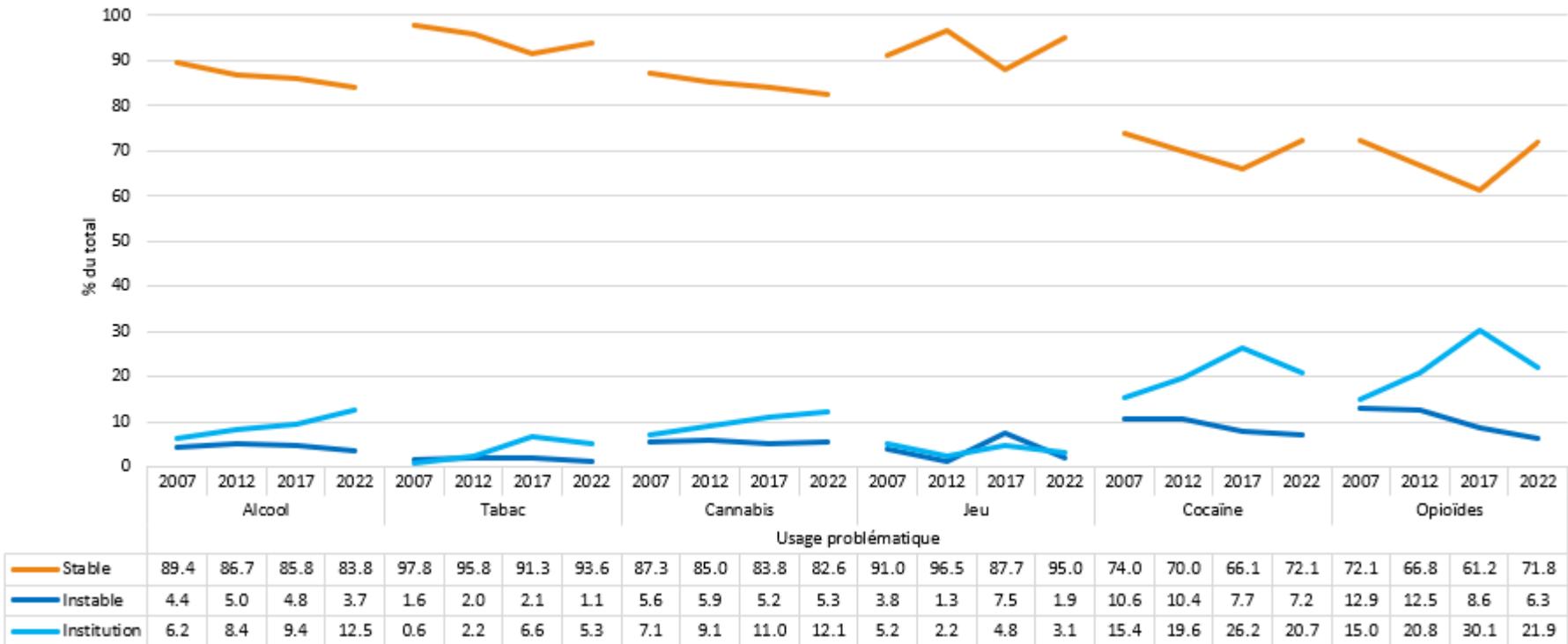
Au-delà de l'augmentation de l'offre de logements, il est essentiel de prévenir les expulsions et les ruptures de bail. Des mesures comme la prolongation des baux à durée déterminée et le maintien du logement malgré un séjour en institution sont particulièrement importantes. Cela implique un accompagnement spécifique pour éviter la perte du logement, notamment par un travail de médiation avec le voisinage, les régies et les propriétaires.

Le modèle du **Housing First**, qui vise à fournir un logement stable aux personnes en situation précaire, est promu par certaines institutions. Ce dispositif repose sur la mise à disposition de logements en sous-location, notamment pour les résident·e·s sortant d'institutions. Toutefois, les ressources actuelles restent largement insuffisantes : « *une goutte d'eau [...] par rapport aux besoins.* » Son développement à plus grande échelle apparaît comme une solution essentielle pour garantir un accès rapide et durable au logement. S.R. a bénéficié de ce programme à la sortie de son séjour en institution, ce qui lui a permis de retrouver une certaine stabilité. Cependant après une rechute liée à plusieurs événements stressants en lien avec cet appartement protégé, il se voit contraint de le quitter et de chercher un nouveau logement par lui-même. L'association *Reloge* l'a aidé dans ses démarches, mais c'est finalement par ses propres moyens qu'il a trouvé un logement abordable auprès d'un propriétaire privé, avec qui il a réussi à établir un lien de confiance (voir chapitre 3.1).

La rente AI joue un rôle déterminant dans l'acquisition et le maintien d'un logement. Contrairement aux bénéficiaires de l'aide sociale, les personnes disposant d'une rente AI ont plus facilement accès à un logement abordable et sont généralement mieux protégées contre la perte de leur logement en cas d'institutionnalisation par exemple. Cela s'explique par la mise en place d'un réseau de professionnel-le-s qui les accompagnent et facilitent leur maintien dans un cadre de vie stable.

Finalement, la sensibilisation du grand public à la réalité des addictions et à leur reconnaissance en tant que maladies est un enjeu majeur. Comme le soulignent plusieurs expert-e-s : « *Beaucoup de gens ne savent pas grand-chose sur la dépendance et ne sont pas prêts à la reconnaître comme une maladie.* »

Figure 7 – Situation de logement parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2007-2022)



Notes : Total colonne = 100% ; se référer au chapitre 2.4.1 pour la méthode de pondération et le principe d'agrégation des années de référence.

3.6 Isolement social

La **Figure 8** présente les tendances entre 2007 et 2022 de l'indicateur relatif à l'isolement social parmi la population générale et les personnes prises en charge pour un usage problématique de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent.

Depuis 2007, une augmentation lente mais continue de l'isolement social dans la population générale est observée, ce qui se reflète également, dans une mesure plus importante, parmi les personnes prises en charge pour usage problématique **d'alcool**, de **cannabis**, de **cocaïne** et **d'opioïdes**. Plus particulièrement pour le **cannabis**, l'isolement social a doublé entre 2012 et 2022 (bien qu'il reste à un niveau relativement faible par rapport aux autres substances psychoactives). La clientèle prise en charge pour usage problématique **d'opioïdes** est celle avec le plus haut taux d'isolement social, dont la part en 2022 a dépassé les 20%.

Pour le **tabac** au contraire, on observe une diminution de l'isolement social, bien qu'initialement cette part était parmi les plus élevées en 2007. La part de personnes en situation d'isolement parmi les joueurs et joueuses de **jeux de hasard et d'argent** en traitement est restée au même niveau que celle de la population générale et a peu évolué depuis 2007.

L'isolement social semble toucher autant de personnes bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire que résidentielle (Table A10 en Annexe).

Encadré n°4 : Eclairages d'expert·e·s et de témoins

L'isolement social est une thématique souvent abordée à propos des personnes concernées par des problèmes d'addiction. Comme le soulignent à la fois les expert·e·s et les témoins, ces individus vivent souvent dans une grande solitude, avec peu de soutien social. Lorsqu'ils ou elles conservent des liens familiaux, ceux-ci sont fréquemment marqués par des tensions et des conflits, exacerbés par la consommation de substances psychoactives ou les comportements liés aux jeux de hasard et d'argent. Cette situation renforce leur marginalisation et complique leur réinsertion sociale.

La stigmatisation joue un rôle central dans cet isolement. L'addiction est fréquemment perçue comme une responsabilité individuelle, une faute personnelle, ce qui alimente un discours culpabilisant et freine la demande d'aide. Cette perception est également relayée par l'entourage, rendant l'accès aux soins encore plus difficile. Comme l'exprime un intervenant : « *La stigmatisation de la dépendance fait que beaucoup ne veulent pas s'afficher avec des personnes dépendantes.* » Les femmes, en particulier, sont plus exposées à l'exclusion sociale, notamment lorsque leur consommation laisse des marques physiques visibles.

Toutefois, l'impact de l'isolement varie selon le type d'addiction. E.F. rapporte s'être progressivement retiré socialement pour s'adonner aux jeux de hasard et d'argent, mais aussi pour éviter d'inquiéter son entourage et d'être confronté à des reproches ou de provoquer des tensions familiales. Malgré cela, il a pu préserver des liens sociaux grâce à son emploi et au fait de vivre chez ses parents (voir chapitre 3.1). Comme mentionné dans l'encadré n°2 sur l'employabilité, la pratique des **jeux de hasard et d'argent** étant socialement plus acceptée, les résultats montrent que les personnes en traitement pour ce type de problématique souffrent généralement moins d'isolement social que celles concernées par la consommation de substances psychoactives.

Enfin, les résultats et les commentaires des expert·e·s convergent pour affirmer que la pandémie de COVID-19 a aggravé l'isolement social des personnes souffrant d'addiction. La perte d'emploi,

l'intensification des conflits familiaux et la perte de contrôle de la consommation ont exacerbé leur vulnérabilité. Cela pourrait expliquer la péjoration de l'isolement social observée dans la **Figure 8**, qui concerne une grande majorité des personnes en traitement (à l'exception du tabac et des jeux de hasard et d'argent).

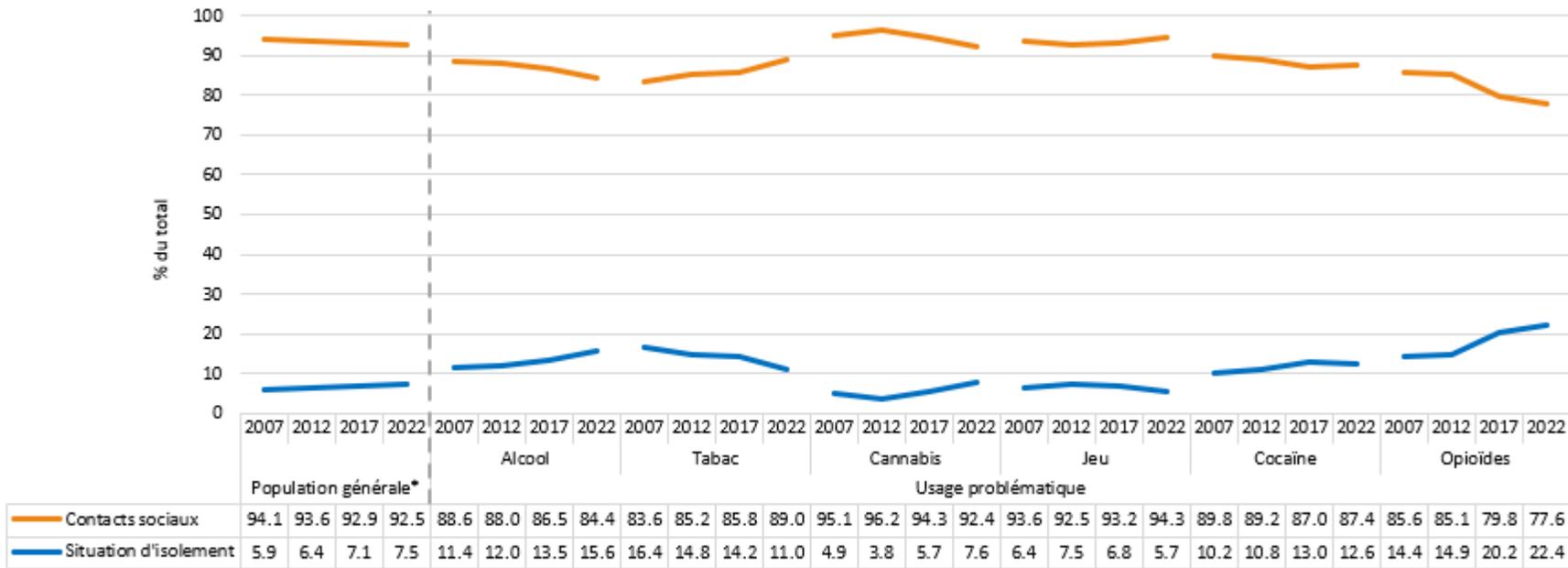
Mesures pour réduire l'isolement social

L'un des défis principaux réside dans la difficulté à atteindre les personnes concernées par des problèmes d'addiction et à leur offrir une prise en charge adaptée. Nombre d'entre elles, se sentant dévalorisées ou exclues, ne cherchent pas spontanément à bénéficier d'aide. Une approche proactive est donc nécessaire : aller à leur rencontre sur le terrain permet d'instaurer un premier contact, de créer un lien et de favoriser l'accès à un accompagnement. Comme l'explique un intervenant : « *Si on ne va pas vers elles, elles restent en marge.* »

Pour réduire l'isolement, il est important de promouvoir toutes les initiatives qui permettent de tisser du lien, que ce soit à travers le réseau professionnel, les structures d'accompagnement ou les activités du quotidien en milieu ordinaire. Les centres sportifs et autres espaces de loisirs devraient être davantage ouverts aux personnes souffrant d'addiction. Favoriser une meilleure acceptation de la diversité dans ces milieux permettrait d'offrir des opportunités de socialisation et d'intégration. Avoir une activité – qu'elle soit protégée ou non – permet non seulement de conserver un lien social, mais aussi d'apporter un cadre essentiel à la santé psychique.

L'isolement est fortement lié à la stabilité de logement. Avoir un logement permet non seulement un accès plus facile aux soins et aux prestations sociales, mais aussi de recréer du lien avec son environnement : « *Quand les gens sont posés un certain temps au même endroit, ils commencent à connaître les commerçants du coin, à croiser leurs voisins, et cela crée une forme de solidarité qui n'existe pas quand on passe d'une institution à l'autre.* » Un logement stable est donc un facteur de sécurité psychique et un élément clé pour tisser et renforcer des liens sociaux.

Figure 8 – Isolement social dans la population générale sondée par l’ESS et parmi les personnes en traitement principalement en raison d’un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d’argent, synthèse (ESS & act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2007-2022)



Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondant-e-s à l’Enquête suisse sur la santé ; se référer au chapitre 2.4.1 pour la méthode de pondération et le principe d’agrégation des années de référence.

3.7 Santé psychique : auto-dévalorisation

La **Figure 9** présente les tendances entre 2007 et 2022 de l'indicateur relatif à l'auto-dévalorisation parmi la population générale et les personnes se trouvant en traitement pour un usage problématique de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent.

Une augmentation de l'auto-dévalorisation est observée depuis 2012 dans la population générale, augmentation qui se reflète également dans des proportions beaucoup plus importantes chez les personnes en traitement pour usage problématique de substances psychoactives ou de jeux de hasard et d'argent. Les personnes bénéficiant d'une prise en charge résidentielle (57.6%) sont encore plus nombreuses à s'auto-dévaloriser que les bénéficiaires de prises en charge ambulatoires (45.4%) et la population générale (30.4%) (Table A11 en annexe).

Le taux le plus élevé d'auto-dévalorisation se trouve parmi les personnes avec usage problématique de **jeux de hasard et d'argent**. Pour ces personnes, la tendance à la baisse entre 2012 et 2017 s'est inversée pour arriver à un taux de plus de 60% d'auto-dévalorisation en 2022. L'augmentation de ce taux, qui a doublé en l'espace de 10 ans, a été particulièrement élevé pour les usagers et usagères de **cannabis** en traitement. Pour **l'alcool**, le **cannabis**, les **jeux de hasard et d'argent**, la **cocaïne** et les **opioïdes**, la fréquence d'auto-dévalorisation « parfois ou plus fréquent » a dépassé, en 2022, la fréquence « jamais ».

Encadré n°5 : Eclairages d'expert·e·s et de témoins

Le sentiment de dévalorisation est très fort parmi les personnes souffrant d'addiction. Il découle de plusieurs facteurs, notamment la culpabilisation sociale de l'addiction, la pression de la performance et les conséquences directes de la consommation sur la vie personnelle et professionnelle. Dans une société où la valeur individuelle est définie par le travail et la réussite, ceux et celles qui n'y parviennent pas se dévalorisent d'autant plus. La perte d'un emploi, l'éloignement des proches, ou encore l'expérience de la marginalisation sociale peuvent être vécus comme un échec et mènent à une réduction de l'amour propre. « *Le culte de la performance* » joue un rôle majeur dans cette dynamique. Comme l'exprime un expert : « *Je sers à rien, je produis rien, mais en plus je coûte* ». Ce phénomène est encore plus marqué chez les femmes en situation d'addiction, qui subissent une double stigmatisation : en tant que consommatrices et en tant que mères. Un échec dans la parentalité est socialement perçu comme inacceptable, renforçant ainsi leur sentiment de honte et de culpabilité.

Les récits des deux témoins interviewés reflètent bien cette dynamique (voir chapitre 3.1). Le premier explique que l'addiction est souvent perçue comme une responsabilité individuelle et qu'il suffirait de beaucoup de volonté pour s'en sortir, ce qui la rend extrêmement culpabilisante. Le second témoigne d'un grand sentiment de honte face aux proportions qu'ont prises ses pratiques de jeu, notamment les dettes accumulées, le recours à l'aide sociale, le chômage et le fait de toujours vivre chez ses parents.

Chez les jeunes, la consommation problématique de **cannabis** peut à la fois découler de, et renforcer des sentiments d'auto-dévalorisation. De plus en plus de jeunes utilisent cette substance pour gérer leur stress, l'anxiété et leurs pensées envahissantes. Or, l'augmentation des taux de THC dans le cannabis moderne accentue les effets sur la santé mentale, accentuant encore ce malaise. De plus, les jeunes pris en charge pour une consommation problématique de cannabis sont souvent confronté·e·s à des mesures contraignantes, ce qui peut alimenter encore leur sentiment d'échec. Comme l'explique un professionnel : « *À cet âge-là, on associe cannabis et échec scolaire, échec d'apprentissage, échec d'insertion, problématiques familiales [...]. Tout cela cumulé en termes de valorisation, c'est sûrement difficile. C'est cette phase de décrochage...* »

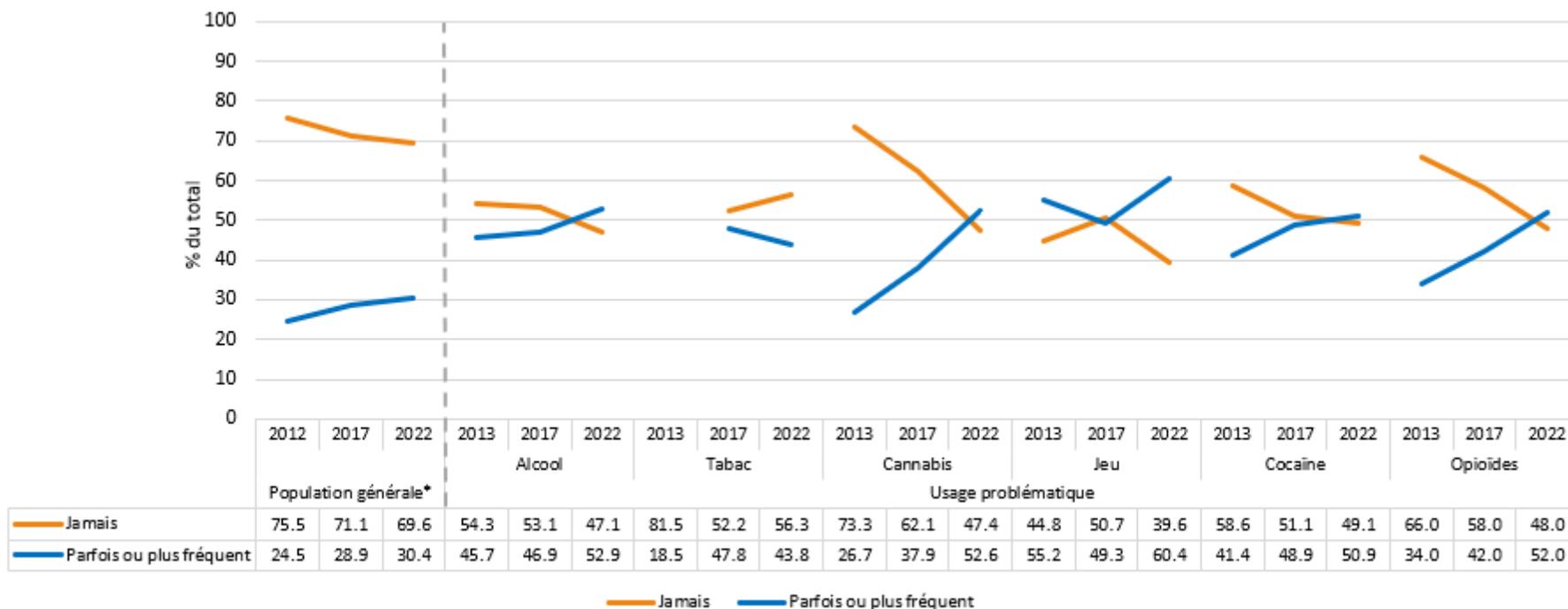
Concernant les **opioïdes**, la détérioration du sentiment de valeur personnelle observée ces dernières années est plus difficile à expliquer, car il n'y a pas eu de grand changement dans la politique d'accompagnement de ces personnes entre 2013 et 2022. Une hypothèse avancée est le vieillissement de cette population, qui pourrait jouer un rôle dans cette tendance.

Mesures pour réduire l'auto-dévalorisation

Les entretiens avec les expert-e-s et les témoins mettent en avant la nécessité de traiter l'addiction comme une maladie et non comme une responsabilité individuelle. Ce changement de mentalité passe par de la sensibilisation non seulement auprès de la population mais également auprès des personnes souffrant de problèmes d'addiction. Pour S.R., cette notion fut un déclic. Apprendre à connaître les mécanismes de l'addiction lors de son second sevrage lui a permis de se déculpabiliser, de retrouver espoir dans sa capacité à s'en sortir et de développer les outils pour le faire.

Le regard sociétal sur les personnes souffrant d'addiction reste très négatif, en particulier pour les femmes. Comme le souligne un professionnel : « *Les gens sont trop souvent résumés à leur conduite addictive* » alors que l'addiction ne définit pas une personne dans son entièreté. Lutter contre ce phénomène nécessite donc un travail de sensibilisation pour dépasser la vision réductrice de l'addiction et considérer plutôt le parcours de vie, les compétences et les rôles sociaux des personnes souffrant d'addiction, mais également d'accompagner les personnes concernées pour qu'elles puissent reprendre confiance en elles et en leurs capacités.

Figure 9 – Santé psychique (auto-dévalorisation) dans la population générale sondée par l'ESS et parmi les personnes en traitement principalement en raison d'un usage problématique de substance ou de jeu de hasard et d'argent, synthèse (ESS & act-info ; résultats pondérés ; années de référence 2012-2022)



Notes : Total colonne = 100% ; * Ensemble des répondant·e·s à l'Enquête suisse sur la santé ; se référer au chapitre 2.4.1 pour la méthode de pondération et le principe d'agrégation des années de référence.

4 Discussion

Ce projet visait à actualiser des indicateurs de la situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction issus de l'ESS et du monitoring *act-info*, et à identifier des mesures concrètes visant à améliorer (ou au moins à stabiliser) la situation. Le premier état de la situation, publié par Addiction Suisse en 2021, avait mis en évidence une détérioration de la situation sociale des personnes concernées entre 2007 et 2017, en comparaison avec la population générale. Parmi les constats notables figuraient une augmentation moins marquée du niveau de formation supérieure parmi les personnes touchées par une problématique d'addiction que dans la population générale. Pour la plupart des substances psychoactives considérées dans le cadre de ce projet, la part de personnes en emploi et celle en situation d'habitation stable avaient également diminué durant cette période. De plus, une augmentation progressive de l'isolement social et du sentiment d'auto-dévalorisation parmi les personnes prises en charge pour des problèmes d'addiction avaient été relevés pour la majorité des substances psychoactives.

Les résultats de 2022 confirment la persistance de la disparité entre la population générale et les personnes prises en charge pour des problèmes d'addiction pour tous les indicateurs. Le taux de personnes en emploi et le niveau de formation des personnes admises pour une problématique d'addiction restent largement inférieurs à celui de la population générale. Entre 2017 et 2022, peu d'améliorations sont observées dans la situation sociale des personnes en traitement pour des problèmes d'addiction. Les données *act-info* montrent certes une légère augmentation du taux d'emploi dans cette population, ainsi qu'une amélioration des situations de logements stables et de bénéficiaires de l'AI chez les usager·ère·s de cocaïne et d'opioïdes, mais certains indicateurs, notamment l'isolement social (en particulier pour l'alcool et les opioïdes) et le sentiment d'auto-dévalorisation (en particulier pour le cannabis, les jeux de hasard et d'argent et les opioïdes), se sont encore péjorés. Les entretiens menés avec six expert·e·s de terrain soulignent l'impact de la pandémie de COVID-19, qui a accentué la précarité d'une partie de cette population. Le témoignage d'un ancien usager de crack (voir chapitre 3.1), vient appuyer cette observation.

Par ailleurs, les données du monitoring *act-info* indiquent que certains comportements de consommation ont évolué au cours des dernières années. En effet, on observe notamment une augmentation du nombre de demandes de prises en charge thérapeutique principalement pour usage problématique de cocaïne, avec des profils très différents selon le type de cocaïne consommé. Selon des expert·e·s, la consommation de cocaïne en poudre s'est « démocratisée » et touche un public plus large et professionnellement inséré. Cela explique en partie pourquoi une proportion plus élevée de personnes entrant en traitement pour usage problématique de cocaïne en poudre occupe un emploi, possède un niveau de formation plus élevé et bénéficie d'un logement stable. En revanche, la consommation de crack – parmi les personnes en traitement – est associée à une précarité accrue en termes d'emploi, de revenus et de logement (Balsiger et al., 2025), mais l'explosion de cette problématique était probablement encore un peu trop récente pour être visible dans les relevés statistiques de l'année de référence 2022 (incluant les années 2021 et 2023). Compte tenu que l'usage de crack reste un problème majeur encore actuellement (en 2025), il serait opportun de distinguer les deux types d'usage lors d'une mise à jour de cet indicateur dans quelques années.

Le niveau de formation, l'employabilité et la santé psychique apparaissent comme des déterminants majeurs de la situation sociale des personnes concernées par des problèmes d'addiction car ils conditionnent ou influencent fortement les autres indicateurs. Un faible niveau de formation ainsi qu'une fragilité psychique, dont sont concernées un grand nombre de personnes souffrant d'addiction, peuvent entraver l'accès à un emploi stable. D'autre part, les emplois à temps partiels, en particulier dans des secteurs moins qualifiés ou les moins rémunérés, renforcent la précarité et péjorent l'accès au logement. La sortie de cette spirale descendante est complexe, entravée par l'accumulation de dettes, les

interruptions dans le parcours professionnel, le faible niveau de formation, la stigmatisation liée à l'addiction et la fragilité psychique des personnes concernées.

Parmi les personnes concernées par des problèmes d'addiction, les femmes font face à une double peine, ce que confirment les expert·e·s contacté·e·s : en plus des difficultés liées à l'addiction, elles sont plus exposées à l'exclusion sociale, notamment lorsque leur consommation laisse des marques physiques visibles, elles sont davantage stigmatisées et culpabilisées surtout lorsqu'elles ont des enfants. Finalement, les barrières à l'insertion professionnelle sont importantes, notamment à cause du manque de solutions de garde adaptées.

Une évolution notable, saluée positivement par les expert·e·s de terrain, a été observée entre 2017 et 2022 avec une légère augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AI parmi les personnes prises en charge pour usage problématique de cocaïne et d'opioïdes. Depuis 2019, une jurisprudence du Tribunal fédéral (Kern, 2019) reconnaît le syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste comme pouvant porter atteinte à la santé psychique, ce qui a facilité l'accès à l'AI. Or, comme le suggèrent les expert·e·s, l'accès à une rente AI est lié à l'amélioration de différentes dimensions de la situation sociale, notamment en matière de logement, d'isolement social et d'estime de soi. Cependant, la reconnaissance du syndrome de dépendance comme un trouble psychique reste encore limitée dans les faits, et l'octroi de la rente AI repose souvent sur la présence de comorbidités. Cette lenteur reste ainsi préjudiciable aux personnes concernées, vu qu'elle empêche la stabilisation de la situation tôt dans le développement de l'addiction.

Entre 2017 et 2022, l'univers des jeux de hasard et d'argent a également connu des transformations majeures liées à l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur les jeux d'argent (LJAr, 2021) en 2019, qui autorise les casinos et les loteries suisses à proposer des jeux en ligne. Ces jeux sont depuis pratiqués par un public plus large qu'auparavant, et les problématiques touchent ainsi plus de jeunes et de personnes actives sur le marché du travail (Notari et al., 2023; Office fédéral de la statistique (OFS), 2022). Cette évolution explique probablement la hausse du niveau de formation secondaire professionnelle et le taux d'employabilité parmi les personnes prises en charge pour des problèmes de jeux de hasard et d'argent.

Par ailleurs, des différences importantes existent entre les prises en charge ambulatoires et résidentielles. Les personnes suivies en ambulatoire présentent généralement des ancrages plus solides en matière d'emploi, de logement et de vie sociale. À l'inverse, celles prises en charge en résidentiel se trouvent dans une situation de plus grande précarité. Il est donc important d'intervenir le plus rapidement possible et de soutenir les personnes concernées avant que la logique de spirale descendante s'emballe. Toutefois, comme en témoigne S.R., le résidentiel n'est pas synonyme de retour impossible à une vie indépendante, mais peut au contraire servir de porte d'entrée vers une stabilisation graduelle de la situation de logement, la reconstruction de lien sociaux et, à terme, une réinsertion professionnelle.

Pour conclure, face à ces constats, de nombreuses mesures ont été suggérées par les expert·e·s de terrain et les témoins interrogés pour améliorer (ou au moins stabiliser) la situation sociale des personnes concernées par un problème d'addiction. Parmi elles :

- Encourager l'achèvement d'une formation élémentaire pour les jeunes afin de renforcer leur employabilité ;
- Sensibiliser la population afin de lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant d'addiction, notamment en matière d'accès au logement, à l'emploi et à la vie sociale ;
- Porter une attention particulière aux femmes concernées par des problèmes d'addiction, qui, à situation égale, se trouvent dans une précarité plus grande que les hommes ;
- Proposer un accompagnement progressif à l'aide du modèle « *Working first* » pour retrouver un accès au marché du travail ;

- Développer des mesures de type « *housing first* » pour garantir un logement stable aux personnes les plus précaires ;
- Pérenniser le financement et l'accessibilité des offres d'aide, de traitement et de réduction des risques efficaces ;
- Améliorer l'accès des personnes souffrant d'addiction aux prestations AI ;
- Renforcer la paire-aidance pour améliorer l'accompagnement et la réinsertion sociale des personnes concernées.

Ces pistes d'action soulignent la nécessité d'une approche inclusive pour améliorer la situation sociale des personnes touchées par des problématiques d'addiction. En particulier, la reconnaissance par notre société de l'addiction comme une maladie et la réduction de la stigmatisation constituent des enjeux majeurs pour permettre à ces personnes une meilleure réintégration dans la vie sociale et le monde professionnel.

5 Références

- American Society of Addiction Medicine. (2019). *What is the Definition of Addiction?* Default. <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
- Bachmann, N. (2014). *Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé. (Obsan, Bulletin 1/2014)*. Observatoire suisse de la santé.
- Balsiger, N., Krzic, I., & Vorlet, J. (2025). *Suchthilfeklientel mit Crack -Problematik : Soziale Situation, Konsummuster und Behandlungserfahrung*. Sucht Schweiz. <https://doi.org/10.58758/eclairage.2025de>
- 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>
- FEANTS. (2007). *Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*. https://www.feantsa.org/download/fr___2525022567407186066.pdf
- 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). *Monitoring suisse des addictions—Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2016*.
- 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
- Gray, B. J., Kyle, R. G., Song, J., & Davies, A. R. (2022). Characteristics of those most vulnerable to employment changes during the COVID-19 pandemic : A nationally representative cross-sectional study in Wales. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(1), 8-15. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-216030>
- Grazioli, V. S., Collins, S. E., Paroz, S., Graap, C., & Daepfen, 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>
- Jäggi, J., Künzi, K., & Gehrig, M. (2015). *Indikatoren-Set zur Strategie Sucht*. Bundesamt für Gesundheit.
- Kern, P. (2019). Droit et handicap. *Inclusion Handicap*.
- Krzic, I., & Balsiger, N. (2023). *Domaine de la prise en charge résidentielle : Résultats des statistiques act-info-Residalc & act-info-FOS 2022*. Lausanne: Addiction Suisse. <https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/10/FOS-Residalc-Jahresbericht-2022-FR.pdf>
- Krzic, I., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F., Vorlet, J., & Amos, J. (2023). *Rapport annuel act-info 2022 : Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring*. Berne: Office fédéral de la santé publique. https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/12/BAG_act-info-2022_F.pdf
- Krzic, I., Maffli, E., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F., Vorlet, J., & Amos, J. (2022). *Rapport annuel act-info 2021 : Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring*. Berne: Office fédéral de la santé publique. https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/02/BAG_act-info-2021-F-1.pdf
- 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., & Notari, L. (2021). *La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction* (No. 131). Lausanne: Addiction Suisse.

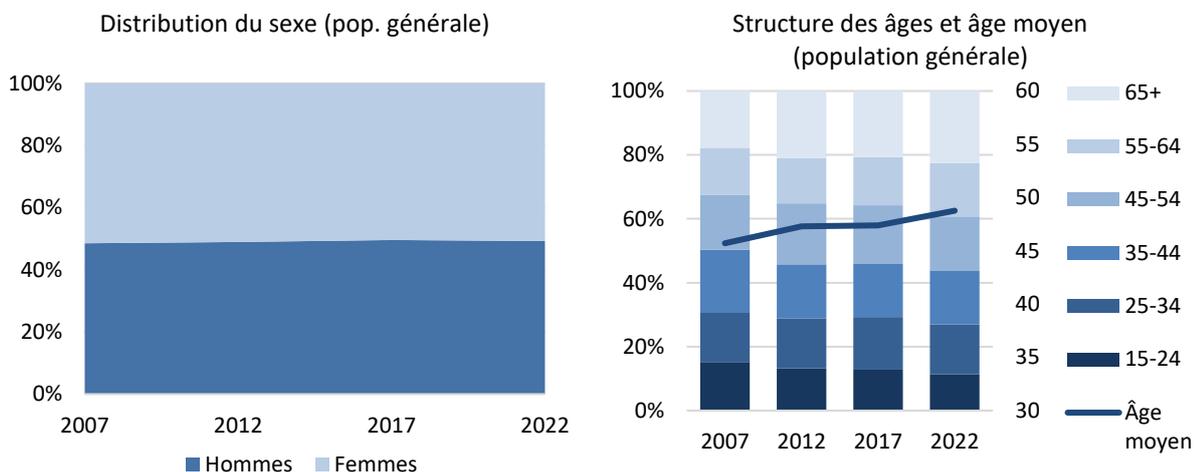
- Labhart, F., Notari, L., & Gmel, G. (2010). *Consommation d'alcool dans l'espace public : Étude de terrain auprès des personnes marginalisées de Lausanne et d'Yverdon-les-Bains*. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
- Lauber, C., Lay, B., & Rössler, W. (2005). Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 135(3-4), 50-56. <https://doi.org/2005/03/smw-10815>
- Li, L., Taelhagh, A., & Tan, S. Y. (2023). A scoping review of the impacts of COVID-19 physical distancing measures on vulnerable population groups. *Nature Communications*, 14(1), 599. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-36267-9>
- LJAR. (2021). *RS 935.51—Loi fédérale du 29 septembre 2017 sur les jeux d'argent (LJAR)*. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2018/795/fr>
- Nolte-Troha, C., Roser, P., Henkel, D., Scherbaum, N., Koller, G., & Franke, A. G. (2023). Unemployment and Substance Use : An Updated Review of Studies from North America and Europe. *Healthcare*, 11(8), 1182. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081182>
- Notari, L., Kuendig, H., Vorlet, J., Salvetti, K., & Al Kurdi, C. (2023). *Les jeux de hasard et d'argent en ligne à l'ère du COVID-19 et de l'offre légale*. Lausanne : Addiction Suisse & GREA.
- 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). *La situation sociale des personnes touchées par une problématique d'addiction en Suisse—Fiche d'information*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-sucht/faktenblatt-soziale-situation-suchtbetroffene.pdf.download.pdf>
- 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). (2022). *Usage des jeux d'argent*. <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/31866336/master>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2023). *L'enquête suisse sur la santé 2033 en bref—Conception, méthode, réalisation*. Office fédéral de la statistique (OFS). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/31646338/master>
- Praticien Addiction Suisse. (2023). *Cannabis et justice des mineurs*. Cannabis et justice des mineurs. <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/index.php/fr/cannabis/cannabis-et-justice-des-mineurs>
- Reiriz, M., Donoso-González, M., Rodríguez-Expósito, B., Uceda, S., & Beltrán-Velasco, A. I. (2023). Impact of COVID-19 Confinement on Mental Health in Youth and Vulnerable Populations : An Extensive Narrative Review. *Sustainability*, 15(4), 3087. <https://doi.org/10.3390/su15043087>
- 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.
- 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>
- Shield, K. D., & Rehm, J. (2015). The effects of addictive substances and addictive behaviours on physical and mental health. In *The impact of addictive substances and behaviours on individual and societal well-being* (p. 77-118). Oxford University Press.
- Stoop, K., & Herrmann, M. (2019). Housing First : Schadensminderung mit Wohnhilfe. *SuchtMagazin*, 27-30.
- United Nations (Éd.). (2003). *Report on the world social situation 2003 : Social vulnerability, sources and challenges*. United Nations.

Vorlet, J., & Krizic, I. (2023). *Domaine de la prise en charge ambulatoire : Résultats de la statistique act-info – SAMBAD 2022*. Lausanne: Addiction Suisse. <https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/10/SAMBAD-Jahresbericht-2022-FR.pdf>

6 Annexes

6.1 Figures

Figure A1 – Distribution du sexe, structure d'âge et moyenne d'âge dans la population générale sondée par l'ESS, par année de référence (ESS; 2007-2022)



Note : Ensemble des répondant-e-s à l'Enquête suisse sur la santé ; résultats pondérés.

6.2 Tables

Table A1 - Coefficients de pondération permettant d'extrapoler le nombre d'admissions en traitement documentées par act-info, selon le type de problème principal, à l'ensemble des institutions spécialisées résidentielles et ambulatoires (résultats act-info, année de référence 2022)

Type de problème principal	Domaine ambulatoire			Domaine résidentiel		
	N total*	N monitoring**	Pondération brute	N total*	N monitoring**	Pondération brute
Alcool	11'904	2'757	4.31	8'203	1'216	6.74
Tabac	717	87	8.24	13	16	0.81
Cannabis	3'165	1'004	3.15	906	120	7.55
Jeux	782	214	3.65	63	4	15.75
Cocaïne et dérivés	2'513	568	4.42	1'897	333	5.69
Opiïdes	2'619	158	16.57	1'486	110	13.50

Notes : Pondération brute = pondération sur la base du nombre total d'admissions ; 2022 = année de référence pour les données act-info 2021, 2022 et 2023 agrégées.

*N total = nombre total d'admissions en traitement pour une problématique d'addiction en Suisse selon l'enquête act-info auprès des institutions (Krizic et al., 2022)

**N monitoring = nombre d'admissions en traitement pour une problématique d'addiction recensé par les statistiques sectorielles act-info (SAMBAD, Residalc et FOS)

Table A2 - Niveau de formation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, act-info année de référence 2022)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Population générale	Total *		49.3%	50.7%	18.4%	59.0%	22.5%
	Scolarité obligatoire	13.9%	12.1%	15.6%	28.5%	8.4%	16.1%
	Secondaire: prof.	36.8%	35.1%	38.5%	26.8%	35.6%	48.2%
	Secondaire: général	8.5%	7.5%	9.5%	19.0%	6.4%	5.4%
	Tertiaire: prof. sup.	13.0%	15.8%	10.3%	5.3%	15.8%	11.8%
Tertiaire: HES, UNI	27.8%	29.5%	26.2%	20.3%	33.7%	18.5%	
Alcool	Total *		67.4%	32.6%	12.1%	81.4%	6.5%
	Scolarité obligatoire	17.5%	17.3%	18.0%	40.5%	14.5%	9.6%
	Secondaire: prof.	55.7%	55.5%	56.3%	45.2%	57.3%	56.0%
	Secondaire: général	4.2%	3.8%	5.0%	6.6%	3.7%	5.1%
	Tertiaire: prof. sup.	10.2%	10.8%	9.1%	3.7%	11.0%	13.1%
Tertiaire: HES, UNI	12.4%	12.7%	11.7%	4.0%	13.4%	16.2%	
Tabac	Total *		56.1%	43.9%	36.5%	56.3%	7.2%
	Scolarité obligatoire	34.8%	38.1%	30.5%	67.6%	8.4%	10.3%
	Secondaire: prof.	40.6%	38.9%	42.9%	18.3%	57.1%	69.0%
	Secondaire: général	7.7%	5.2%	11.0%	8.9%	6.3%	10.3%
	Tertiaire: prof. sup.	7.7%	7.4%	8.1%	1.4%	14.3%	0.0%
Tertiaire: HES, UNI	9.2%	10.4%	7.6%	3.8%	13.9%	10.3%	
Cannabis	Total *		76.5%	23.5%	73.7%	26.2%	(-)
	Scolarité obligatoire	60.3%	60.3%	60.2%	74.4%	20.9%	(-)
	Secondaire: prof.	30.1%	30.0%	30.4%	19.9%	58.9%	(-)
	Secondaire: général	4.4%	4.3%	4.6%	4.6%	3.6%	(-)
	Tertiaire: prof. sup.	2.3%	2.3%	2.4%	0.3%	7.8%	(-)
Tertiaire: HES, UNI	3.0%	3.1%	2.4%	0.8%	8.8%	(-)	
Jeux de hasard	Total *		85.8%	14.2%	28.9%	66.9%	4.2%
	Scolarité obligatoire	16.7%	14.5%	32.1%	19.3%	15.9%	8.0%
	Secondaire: prof.	65.4%	66.7%	56.8%	65.6%	65.4%	68.0%
	Secondaire: général	6.0%	6.7%	1.2%	6.3%	6.3%	0.0%
	Tertiaire: prof. sup.	6.5%	6.3%	7.4%	3.6%	7.0%	20.0%
Tertiaire: HES, UNI	5.4%	5.8%	2.5%	5.2%	5.5%	4.0%	
Cocaine et dérivés	Total *		80.0%	20.0%	34.5%	65.4%	(-)
	Scolarité obligatoire	28.6%	26.9%	35.5%	41.2%	21.4%	(-)
	Secondaire: prof.	55.9%	57.3%	50.2%	49.9%	59.3%	(-)
	Secondaire: général	3.3%	2.8%	5.3%	4.5%	2.7%	(-)
	Tertiaire: prof. sup.	7.5%	7.9%	5.7%	2.6%	10.3%	(-)
Tertiaire: HES, UNI	4.7%	5.0%	3.2%	1.8%	6.3%	(-)	
Opioides	Total *		77.4%	22.6%	24.6%	74.1%	1.3%
	Scolarité obligatoire	35.5%	34.0%	40.7%	55.3%	28.5%	22.0%
	Secondaire: prof.	55.3%	57.3%	48.6%	39.6%	61.3%	44.0%
	Secondaire: général	2.9%	2.8%	3.1%	3.0%	2.6%	12.0%
	Tertiaire: prof. sup.	4.3%	3.6%	6.7%	0.7%	5.8%	0.0%
Tertiaire: HES, UNI	2.0%	2.3%	0.9%	1.4%	1.7%	22.0%	

Notes : * Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations ; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-info 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A3 - Employabilité dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, act-*info* année de référence 2022)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Population générale	Total *		49.3%	50.7%	18.4%	59.0%	22.5%
	En emploi	63.2%	68.1%	58.5%	50.1%	86.0%	14.3%
	En recherche d'emploi	2.8%	2.8%	2.7%	5.4%	2.9%	0.1%
	En formation	9.2%	8.7%	9.7%	43.2%	2.1%	0.1%
	Rentier (AVS), au foyer	22.3%	17.2%	27.2%	0.5%	5.0%	85.2%
	Aide sociale	1.3%	1.6%	0.9%	0.0%	2.1%	0.0%
	Ass. invalidité, accident	1.3%	1.5%	1.0%	0.8%	1.8%	0.2%
	Inactif, autre	0.0%	-	-	-	-	-
Alcool	Total *		67.4%	32.6%	12.1%	81.4%	6.5%
	En emploi	47.8%	50.8%	41.7%	42.2%	52.1%	6.0%
	En recherche d'emploi	9.4%	9.9%	8.3%	9.3%	10.1%	0.0%
	En formation	2.4%	2.3%	2.5%	15.3%	0.6%	0.3%
	Rentier (AVS), au foyer	13.1%	10.2%	19.2%	6.6%	8.0%	88.0%
	Aide sociale	11.3%	11.9%	10.0%	12.6%	11.7%	3.5%
	Ass. invalidité, accident	15.6%	14.6%	17.9%	13.0%	17.1%	2.2%
	Inactif, autre	0.4%	0.4%	0.4%	0.9%	0.3%	0.0%
Tabac	Total *		56.1%	43.9%	36.5%	56.3%	7.2%
	En emploi	45.2%	46.0%	44.3%	23.7%	64.3%	17.0%
	En recherche d'emploi	3.6%	4.0%	3.1%	1.2%	4.9%	6.4%
	En formation	23.7%	26.0%	20.9%	59.6%	1.4%	0.0%
	Rentier (AVS), au foyer	10.2%	9.7%	10.8%	5.7%	4.1%	76.6%
	Aide sociale	3.8%	2.6%	5.2%	4.9%	3.5%	0.0%
	Ass. invalidité, accident	13.5%	11.7%	15.7%	4.9%	21.4%	0.0%
	Inactif, autre	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%
Cannabis	Total *		76.5%	23.5%	73.7%	26.2%	(-)
	En emploi	27.3%	29.1%	21.3%	19.8%	48.7%	(-)
	En recherche d'emploi	8.9%	9.8%	6.1%	8.7%	9.7%	(-)
	En formation	34.2%	34.0%	34.6%	45.7%	1.8%	(-)
	Rentier (AVS), au foyer	8.2%	6.9%	12.6%	8.7%	6.5%	(-)
	Aide sociale	11.2%	10.9%	12.3%	10.4%	13.5%	(-)
	Ass. invalidité, accident	9.3%	8.4%	12.5%	5.8%	19.1%	(-)
	Inactif, autre	0.9%	0.9%	0.6%	0.9%	0.6%	(-)
Jeux de hasard	Total *		85.8%	14.2%	28.9%	66.9%	4.2%
	En emploi	73.6%	75.1%	64.9%	64.8%	81.5%	12.9%
	En recherche d'emploi	6.8%	7.4%	3.6%	11.7%	5.1%	0.0%
	En formation	4.4%	4.8%	1.8%	14.3%	0.2%	0.0%
	Rentier (AVS), au foyer	5.3%	3.6%	15.3%	1.7%	2.5%	77.4%
	Aide sociale	4.2%	4.2%	4.5%	4.3%	4.1%	3.2%
	Ass. invalidité, accident	5.5%	4.8%	9.9%	3.0%	6.4%	6.5%
	Inactif, autre	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%

Notes : Suite de la Table à la page suivante

* Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations ; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-*info* 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A3 (suite) - Employabilité dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, act-info année de référence 2022)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Cocaïne et dérivés	Total *		80.0%	20.0%	34.5%	65.4%	(-)
	En emploi	44.6%	48.6%	28.8%	39.5%	47.5%	(-)
	En recherche d'emploi	11.3%	11.7%	9.4%	11.5%	11.2%	(-)
	En formation	4.6%	3.7%	8.2%	11.8%	0.7%	(-)
	Rentier (AVS), au foyer	6.3%	5.5%	9.6%	7.6%	5.5%	(-)
	Aide sociale	15.8%	14.7%	20.0%	15.6%	15.9%	(-)
	Ass. invalidité, accident	15.3%	13.6%	21.9%	11.8%	17.2%	(-)
Inactif, autre	2.1%	2.2%	2.0%	2.1%	2.1%	(-)	
Opioides	Total *		77.4%	22.6%	24.6%	74.1%	1.3%
	En emploi	26.1%	26.3%	25.3%	18.0%	29.3%	0.0%
	En recherche d'emploi	11.6%	12.2%	9.7%	16.6%	9.8%	22.0%
	En formation	3.0%	3.1%	2.6%	12.1%	0.0%	0.0%
	Rentier (AVS), au foyer	12.0%	9.8%	19.4%	13.4%	10.2%	78.0%
	Aide sociale	24.0%	25.6%	18.2%	24.5%	24.3%	0.0%
	Ass. invalidité, accident	21.7%	21.3%	22.9%	13.6%	24.8%	0.0%
Inactif, autre	1.7%	1.7%	2.0%	1.9%	1.7%	0.0%	

Notes : * Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-info 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A4 - Situation de logement parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (act-*info* année de référence 2022)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Alcool	Total *		67.4%	32.6%	12.1%	81.4%	6.5%
	Stable	83.8%	83.2%	85.0%	76.6%	84.1%	93.5%
	Instable	3.7%	3.9%	3.2%	6.6%	3.5%	1.0%
	Institution	12.5%	12.8%	11.8%	16.8%	12.4%	5.5%
Tabac	Total *		56.1%	43.9%	36.5%	56.3%	7.2%
	Stable	93.6%	92.6%	94.9%	89.9%	95.5%	100.0%
	Instable	1.1%	0.9%	1.5%	1.3%	0.9%	0.0%
	Institution	5.3%	6.5%	3.7%	8.8%	3.6%	0.0%
Cannabis	Total *		76.5%	23.5%	73.7%	26.2%	(-)
	Stable	82.6%	83.2%	80.4%	83.1%	80.7%	(-)
	Instable	5.3%	5.1%	5.8%	5.3%	5.3%	(-)
	Institution	12.1%	11.6%	13.8%	11.5%	14.0%	(-)
Jeux de hasard	Total *		85.8%	14.2%	28.9%	66.9%	4.2%
	Stable	95.0%	94.2%	100.0%	92.8%	95.5%	100.0%
	Instable	1.9%	2.2%	0.0%	2.6%	1.9%	0.0%
	Institution	3.1%	3.6%	0.0%	4.6%	2.6%	0.0%
Cocaine et dérivés	Total *		80.0%	20.0%	34.5%	65.4%	(-)
	Stable	72.1%	73.7%	65.6%	72.4%	72.0%	(-)
	Instable	7.2%	6.9%	8.6%	6.6%	7.6%	(-)
	Institution	20.7%	19.4%	25.9%	21.0%	20.5%	(-)
Opioides	Total *		77.4%	22.6%	24.6%	74.1%	1.3%
	Stable	71.8%	70.6%	76.0%	68.9%	72.8%	71.8%
	Instable	6.3%	7.0%	3.7%	6.1%	5.9%	28.2%
	Institution	21.9%	22.4%	20.3%	25.0%	21.3%	0.0%

Notes : * Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; population générale non représentée (cf. chapitre 2.3.3 pour plus de détails) ; 2022 = année de référence pour les données act-*info* 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A5 - Isolement social dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, act-*info* année de référence 2022)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Population générale	Total *		49.3%	50.7%	18.4%	59.0%	22.5%
	Contacts sociaux	92.5%	95.7%	89.4%	99.9%	98.4%	71.2%
	Situation d'isolement	7.5%	4.3%	10.6%	0.1%	1.6%	28.8%
Alcool	Total *		67.4%	32.6%	12.1%	81.4%	6.5%
	Contacts sociaux	84.4%	84.7%	83.7%	90.6%	85.1%	63.2%
	Situation d'isolement	15.6%	15.3%	16.3%	9.4%	14.9%	36.8%
Tabac	Total *		56.1%	43.9%	36.5%	56.3%	7.2%
	Contacts sociaux	89.0%	92.7%	84.1%	94.9%	86.1%	78.6%
	Situation d'isolement	11.0%	7.3%	15.9%	5.1%	13.9%	21.4%
Cannabis	Total *		76.5%	23.5%	73.7%	26.2%	(-)
	Contacts sociaux	92.4%	92.6%	91.8%	95.4%	83.7%	(-)
	Situation d'isolement	7.6%	7.4%	8.2%	4.6%	16.3%	(-)
Jeux de hasard	Total *		85.8%	14.2%	28.9%	66.9%	4.2%
	Contacts sociaux	94.3%	96.2%	83.2%	99.5%	94.0%	65.5%
	Situation d'isolement	5.7%	3.8%	16.8%	0.5%	6.0%	34.5%
Cocaïne et dérivés	Total *		80.0%	20.0%	34.5%	65.4%	(-)
	Contacts sociaux	87.4%	87.1%	88.6%	93.7%	83.9%	(-)
	Situation d'isolement	12.6%	12.9%	11.4%	6.3%	16.1%	(-)
Opioides	Total *		77.4%	22.6%	24.6%	74.1%	1.3%
	Contacts sociaux	77.6%	76.4%	81.3%	87.2%	74.6%	56.4%
	Situation d'isolement	22.4%	23.6%	18.7%	12.8%	25.4%	43.6%

Notes : * Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-*info* 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A6 - Sentiment d'auto-dévalorisation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par sexe et par groupe d'âge, synthèse (ESS 2022, act-*info* année de référence 2022)

		Total	Sexe		Groupe d'âge		
			Hommes	Femmes	15-29	30-64	65 ou plus
Population générale	Total *		49.3%	50.7%	18.4%	59.0%	22.5%
	Jamais	69.6%	73.9%	65.4%	54.5%	69.3%	82.4%
	Parfois ou plus fréquent	30.4%	26.1%	34.6%	45.5%	30.7%	17.6%
Alcool	Total *		67.4%	32.6%	12.1%	81.4%	6.5%
	Jamais	47.1%	52.5%	37.0%	40.6%	47.4%	58.6%
	Parfois ou plus fréquent	52.9%	47.5%	63.0%	59.4%	52.6%	41.4%
Tabac	Total *		56.1%	43.9%	36.5%	56.3%	7.2%
	Jamais	55.1%	58.1%	50.0%	69.2%	54.5%	25.0%
	Parfois ou plus fréquent	44.9%	41.9%	50.0%	30.8%	45.5%	75.0%
Cannabis	Total *		76.5%	23.5%	73.7%	26.2%	(-)
	Jamais	47.5%	52.1%	37.2%	51.6%	39.9%	(-)
	Parfois ou plus fréquent	52.5%	47.9%	62.8%	48.4%	60.1%	(-)
Jeux de hasard	Total *		85.8%	14.2%	28.9%	66.9%	4.2%
	Jamais	39.1%	39.7%	35.7%	29.2%	45.3%	0.0%
	Parfois ou plus fréquent	60.9%	60.3%	64.3%	70.8%	54.7%	100.0%
Cocaïne et dérivés	Total *		80.0%	20.0%	34.5%	65.4%	(-)
	Jamais	49.1%	53.1%	32.6%	46.9%	50.4%	(-)
	Parfois ou plus fréquent	50.9%	46.9%	67.4%	53.1%	49.6%	(-)
Opioides	Total *		77.4%	22.6%	24.6%	74.1%	1.3%
	Jamais	48.0%	51.9%	36.5%	43.3%	50.4%	0.0%
	Parfois ou plus fréquent	52.0%	48.1%	63.5%	56.7%	49.6%	0.0%

Notes : * Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-*info* 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A7 – Situation professionnelle dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, act-*info* année de référence 2022)

		En emploi	Rech. emploi	En formation	Retraite / au foyer	Social	AI	Autre
Pop. gén.	Total	63.2%	2.7%	9.2%	22.3%	1.3%	1.3%	(-)
Alcool	Ambulatoire	58.0%	8.3%	3.0%	12.8%	7.3%	10.5%	0.2%
	Résidentiel	29.0%	11.3%	1.2%	13.7%	18.8%	25.2%	0.8%
	Total	47.9%	9.4%	2.4%	13.1%	11.3%	15.6%	0.4%
Tabac	Ambulatoire	45.7%	3.5%	24.1%	10.1%	3.5%	13.1%	(-)
	Résidentiel	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	Total	45.4%	3.6%	23.7%	10.0%	3.8%	13.3%	(-)
Cannabis	Ambulatoire	30.3%	7.6%	41.7%	7.1%	7.2%	5.9%	(-)
	Résidentiel	16.9%	13.4%	8.1%	12.2%	25.3%	21.2%	2.9%
	Total	27.3%	8.9%	34.2%	8.2%	11.2%	9.3%	0.9%
Jeux de hasard	Ambulatoire	75.5%	6.4%	4.5%	5.5%	2.3%	5.7%	(-)
	Résidentiel	(-)	(-)	(-)	(-)	61.5%	(-)	(-)
	Total	73.6%	6.8%	4.4%	5.3%	4.3%	5.5%	(-)
Cocaïne et dérivés	Ambulatoire	59.2%	12.1%	5.7%	4.4%	8.7%	9.2%	0.6%
	Résidentiel	22.7%	10.0%	2.8%	9.2%	26.3%	24.5%	4.4%
	Total	44.6%	11.3%	4.6%	6.3%	15.8%	15.3%	2.1%
Opiïdes	Ambulatoire	30.2%	13.0%	3.0%	13.2%	19.4%	20.2%	1.0%
	Résidentiel	18.3%	9.2%	3.1%	9.6%	32.5%	24.4%	3.1%
	Total	26.1%	11.6%	3.0%	12.0%	24.0%	21.7%	1.7%
Total	Pop. gén.	63.2%	2.7%	9.2%	22.3%	1.3%	1.3%	(-)
	Ambulatoire	51.2%	9.0%	9.7%	10.6%	8.5%	10.7%	0.3%
	Résidentiel	25.5%	11.0%	2.3%	12.3%	22.5%	24.6%	1.8%
	Total	51.5%	6.7%	8.1%	15.9%	8.1%	9.3%	0.5%

Notes : Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-*info* 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A8 – Niveau de formation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, act-info année de référence 2022)

		Scolarité obligatoire	Degré secondaire II pro	Degré secondaire II general	Degré tertiaire: pro sup	Degré tertiaire: HES/UNI
Pop. gén.	Total	13.9%	36.8%	8.5%	13.0%	27.8%
Alcool	Ambulatoire	15.2%	57.5%	3.9%	10.3%	13.1%
	Résidentiel	21.1%	52.9%	4.7%	10.0%	11.3%
	Total	17.5%	55.7%	4.2%	10.2%	12.4%
Tabac	Ambulatoire	35.0%	40.3%	7.6%	7.6%	9.3%
	Résidentiel	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	Total	34.8%	40.6%	7.7%	7.7%	9.2%
Cannabis	Ambulatoire	62.2%	28.0%	4.4%	2.3%	3.2%
	Résidentiel	54.0%	36.9%	4.4%	2.4%	2.4%
	Total	60.3%	30.1%	4.4%	2.3%	3.0%
Jeux de hasard	Ambulatoire	15.7%	67.4%	4.6%	6.8%	5.6%
	Résidentiel	40.7%	(-)	40.7%	(-)	(-)
	Total	16.7%	65.3%	6.2%	6.5%	5.4%
Cocaïne et dérivés	Ambulatoire	23.5%	59.0%	3.2%	8.4%	5.9%
	Résidentiel	35.2%	51.9%	3.5%	6.3%	3.1%
	Total	28.6%	55.9%	3.3%	7.5%	4.7%
Opioides	Ambulatoire	33.1%	58.7%	1.9%	3.8%	2.5%
	Résidentiel	39.1%	50.1%	4.4%	5.2%	1.2%
	Total	35.5%	55.3%	2.9%	4.3%	2.0%
Total	Pop. gén.	13.9%	36.8%	8.5%	13.0%	27.8%
	Ambulatoire	26.0%	53.1%	3.8%	7.9%	9.1%
	Résidentiel	28.6%	50.9%	4.5%	8.1%	7.8%
	Total	21.0%	45.2%	6.1%	10.3%	17.4%

Notes : Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-info 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A9 – Situation de logement dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, act-*info* année de référence 2022)

		Stable	Instable	Institution
Alcool	Ambulatoire	94.5%	2.2%	3.4%
	Résidentiel	65.5%	6.3%	28.2%
	Total	83.8%	3.7%	12.5%
Tabac	Ambulatoire	94.6%	(-)	4.5%
	Résidentiel	(-)	(-)	(-)
	Total	93.8%	(-)	5.3%
Cannabis	Ambulatoire	92.0%	2.4%	5.6%
	Résidentiel	51.7%	14.7%	33.5%
	Total	82.6%	5.3%	12.1%
Jeux de hasard	Ambulatoire	97.3%	2.0%	(-)
	Résidentiel	40.7%	(-)	59.3%
	Total	95.0%	1.9%	3.1%
Cocaïne et dérivés	Ambulatoire	90.9%	4.6%	4.5%
	Résidentiel	46.9%	10.7%	42.4%
	Total	72.1%	7.2%	20.7%
Opioides	Ambulatoire	85.5%	5.1%	9.4%
	Résidentiel	47.2%	8.3%	44.5%
	Total	71.8%	6.3%	21.9%
Total	Ambulatoire	92.8%	2.8%	4.5%
	Résidentiel	58.8%	8.0%	33.2%
	Total	89.4%	2.6%	8.0%

Notes : Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-*info* 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A10 – Isolement social dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d'argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, act-info année de référence 2022)

		Contacts sociaux	Isolement social
Pop. gén.	Total	92.5%	7.5%
Alcool	Ambulatoire	86.9%	13.1%
	Résidentiel	80.1%	19.9%
	Total	84.4%	15.6%
Tabac	Ambulatoire	89.1%	10.9%
	Résidentiel	(-)	(-)
	Total	89.1%	10.9%
Cannabis	Ambulatoire	94.4%	5.6%
	Résidentiel	85.8%	14.2%
	Total	92.4%	7.6%
Jeux de hasard	Ambulatoire	94.1%	5.9%
	Résidentiel	100.0%	(-)
	Total	94.3%	5.7%
Cocaïne et dérivés	Ambulatoire	91.6%	8.4%
	Résidentiel	81.9%	18.1%
	Total	87.4%	12.6%
Opioides	Ambulatoire	75.8%	24.2%
	Résidentiel	80.5%	19.5%
	Total	77.6%	22.4%
Total	Pop. gén.	92.5%	7.5%
	Ambulatoire	87.7%	12.3%
	Résidentiel	81.0%	19.0%
	Total	88.5%	11.5%

Notes : Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-info 2021, 2022 et 2023 agrégées.

Table A11 – Sentiment d’auto-dévalorisation dans la population générale et parmi les usager·ère·s problématiques de substances psychoactives ou de jeu de hasard et d’argent en traitement, au total, par traitement ambulatoire et résidentiel, synthèse (ESS 2022, act-*info* année de référence 2022)

		Jamais	Parfois ou plus souvent
Pop. gén.	Total	69.6%	30.4%
Alcool	Ambulatoire	54.6%	45.4%
	Résidentiel	42.5%	57.5%
	Total	47.1%	52.9%
Tabac	Ambulatoire	56.8%	43.2%
	Résidentiel	(-)	(-)
	Total	57.1%	42.9%
Cannabis	Ambulatoire	54.7%	45.3%
	Résidentiel	40.6%	59.4%
	Total	47.4%	52.6%
Jeux de hasard	Ambulatoire	34.2%	65.8%
	Résidentiel	68.8%	(-)
	Total	40.2%	59.8%
Cocaïne et dérivé	Ambulatoire	59.0%	41.0%
	Résidentiel	42.0%	58.0%
	Total	49.1%	50.9%
Opiïdes	Ambulatoire	53.4%	46.6%
	Résidentiel	41.9%	58.1%
	Total	48.0%	52.0%
Total	Pop. gén.	69.6%	30.4%
	Ambulatoire	54.6%	45.4%
	Résidentiel	42.4%	57.6%
	Total	62.2%	37.8%

Notes : Pourcentages en ligne ; (-) moins de 10 observations; résultats pondérés ; 2022 = année de référence pour les données act-*info* 2021, 2022 et 2023 agrégées.