

Hospices cantonaux  
Département universitaire de médecine  
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine  
sociale et préventive  
Lausanne

ETUDE DES JEUNES  
CONSOMMATEURS DE DROGUES  
DURES A BIENNE ET BERNE

*Jean-Pierre Gervasoni, Nicole Gadiant*

**Étude financée par :** Infodrog, Berne

**Citation suggérée :** Gervasoni JP, Gadiet N. Etude des jeunes consommateurs de drogues dures à Bienne et Berne. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2009 (Raisons de santé, 151).

**Remerciements :** A toutes les personnes qui ont participé à cette étude et aux collaborateurs des structures de Bienne et Berne

# TABLE DES MATIERES

1	Introduction.....	4
1.1	Questions de recherche.....	4
1.2	Méthodes.....	5
1.3	Etude des structures à bas seuil et monitoring national du matériel d'injection.....	6
2	Résultats.....	10
2.1	Taux de participation.....	10
2.2	Nationalité et migration.....	10
2.3	Antécédents et rapports familiaux.....	10
2.4	Vie sociale et relations avec les pairs.....	11
2.5	Parcours scolaire, vie active et formation professionnelle.....	11
2.6	Santé physique.....	12
2.7	Santé psychique.....	12
2.8	Consommation de drogues.....	12
2.9	Traitement de substitution.....	13
2.10	Partage de seringues et overdoses.....	14
2.11	Relations sexuelles et partenaires.....	14
2.12	Comportement délinquant/criminel.....	14
2.13	Besoins.....	14
3	Conclusions.....	15
3.1	Méthodologie.....	15
3.2	Profil des personnes.....	15
3.3	Besoins.....	16
4	Recommandations.....	17
5	Annexes.....	18
5.1	Questionnaire quantitatif.....	18
5.2	Grille d'entretien pour les entretiens qualitatifs.....	19
5.3	Grille pour les focus groupes.....	20
5.4	Synthèse des entretiens de six professionnels des structures de soins de Berne.....	21

# 1 INTRODUCTION

Depuis quelques années les responsables de lieux de consommation à bas seuil entrent en contact avec des jeunes consommateurs de drogues dures (âgés de 16 à 25 ans). Ceux-ci ont un mode de consommation qui semble de type consumériste et ont des attentes très élevées. Ces consommateurs ne semblent pas évoquer de problèmes liés à leur consommation et n'ont pas de suivi à proprement parler. Une grande partie d'entre eux, d'origine étrangère, a un lourd passé de type post-traumatisme de guerre. Pour mieux connaître cette population et la taille de celle-ci, les structures ont conduit une estimation du nombre de personnes appartenant à cette catégorie. A Berne il s'agirait d'environ 15 à 20 personnes, à Bienne d'une trentaine, à Bâle environ 20, à Zurich, Soleure, Schaffhouse, Genève, Wil et Wattwil d'un très faible nombre (2 à 5 personnes par structure).

Dans un souci de prise en charge précoce, l'on peut se poser la question de savoir si des alternatives aux centres à bas seuil ne doivent pas être envisagées pour un accueil de ces jeunes consommateurs de drogues. Depuis un certain temps, on constate dans ces structures un vieillissement de la clientèle et une haute prévalence de polytoxicomanie. Cette étude vise à explorer des pistes pour éviter un amalgame entre cette population de jeunes consommateurs et un milieu correspondant plutôt à un profil de consommateurs âgés ayant un long parcours de consommation et souvent d'injection de drogues dures.

A Berne, un concept de suivi des jeunes a été développé mais le temps disponible par l'équipe semble insuffisant à l'heure actuelle.

C'est dans ce contexte et avec la tendance à l'augmentation de la consommation de cocaïne que cette étude de type recherche-action s'est avérée nécessaire pour mieux comprendre ce phénomène, afin de développer un concept de prise en charge centré sur les besoins de cette population.

## 1.1 QUESTIONS DE RECHERCHE

Les questions de recherche retenues sont les suivantes :

- Quels sont les parcours de consommation de ces jeunes consommateurs fréquentant des lieux de consommation?
- Quel sont les profils de ces jeunes en termes de santé physique et mentale, délinquance, scolarité, apprentissage/travail, relations avec amis et famille etc.?
- Quelle est la prévalence estimée de ce type de jeunes?
- Quels sont les problèmes liés à ce type de consommation et à ce type de profil de vulnérabilité?
- Quel sont le parcours passé et la situation actuelle de la prise en charge de ces jeunes par des structures sociales, légales, psychiatriques, etc.?
- Quels sont les besoins de cette population en termes de suivi, de prise en charge, de réduction des risques, etc.?

## 1.2 METHODES

En raison des questions de recherche envisagées une approche mixte quantitative et qualitative a été retenue en utilisant les méthodes suivantes :

- Questionnaire quantitatif auprès d'un échantillon de 30 personnes.
- Entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon d'environ 10 jeunes à Bienne et 10 à Berne.
- Deux focus groupes avec les jeunes consommateurs seront réalisés après l'analyse des entretiens pour déterminer quelles approches pourraient être développées pour le suivi de cette population.

Les outils de recherche ont été discutés et finalisés avec les collaborateurs des structures afin de répondre au mieux aux questions du terrain. Cette étape a été cruciale pour que les collaborateurs impliqués dans cette recherche-action puissent s'approprier les outils développés de manière commune.

Les collaborateurs des structures se sont occupés du recrutement des personnes et leur ont fait passer un questionnaire basé sur celui utilisé pour les enquêtes nationales dans les structures à bas seuil (cf. ci-dessous) avec des questions complémentaires provenant du questionnaire ADAD (14 questionnaires à Bienne et 16 à Berne). Le temps moyen pour la passation du questionnaire quantitatif a été de 50 minutes. Le questionnaire complet se trouve dans l'annexe 5.1. Il faut relever que pour les collaborateurs des structures le temps de travail nécessaire pour motiver les personnes à participer à l'étude a été très important.

Les résultats des questionnaires quantitatifs (n=30) ont fait l'objet d'une analyse avec le logiciel statistique SPSS pour Windows version 12.0 et sont présentés ci-dessous.

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face par un chercheur extérieur à la structure fréquentée par le jeune consommateur. Après avoir obtenu le consentement des personnes, les entretiens ont été enregistrés. Il a été possible de conduire 19 entretiens qualitatifs (9 à Bienne et 10 à Berne). Le temps moyen des entretiens qualitatifs a été de 35 minutes (minimum 10 minutes et maximum 60 minutes). La grille d'entretien se trouve dans l'annexe 5.2.

L'analyse des entretiens qualitatifs a été faite en utilisant les notes prises lors de l'entretien et sur la base d'un résumé des enregistrements. Les résultats de cette partie qualitative sont intégrés de manière complémentaire avec les résultats quantitatifs présentés au chapitre 2.

Sur la base des entretiens qualitatifs une grille pour les focus groupes a été préparée (Annexe 5.3). Malgré d'importants efforts pour motiver les personnes à participer aux focus groupes, seulement trois d'entre elles sont venues à Berne. Nous avons tout de même conduit ce focus groupe mais avons renoncé à son analyse en raison de la faible participation. A Bienne, seulement une personne s'est présentée et nous avons donc du renoncer au focus groupe. Il semble donc très difficile de conduire ce type d'entretien collectif avec cette population. Relevons que nous avons renoncé à défrayer les participants, en dehors d'un modeste incitatif qui était d'offrir un repas gratuit après les focus groupes.

Les résultats de cette étude ont été restitués auprès des deux structures ayant participés à cette étude et lors d'une réunion avec les responsables des structures à bas seuil de la région de Berne.

### 1.3 ETUDE DES STRUCTURES A BAS SEUIL ET MONITORING NATIONAL DU MATERIEL D'INJECTION

Depuis 1993, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne a développé une étude nationale sur les centres à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile. L'étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) poursuit plusieurs objectifs :

- recenser les centres à bas seuil de ce type en Suisse et suivre certaines de leurs activités ;
- évaluer la contribution de ces centres à bas seuil à la réduction des problèmes et des risques liés à la consommation des drogues ;
- apporter des éléments utiles à une meilleure connaissance épidémiologique de la toxicomanie au niveau national et cantonal.

Deux approches complémentaires ont été développées. La première consiste à recueillir de façon continue de l'information sur la distribution de matériel de prévention (monitoring des seringues/aiguilles et préservatifs). Le deuxième (**enquête clientèle**) s'intéresse aux comportements et caractéristiques de la clientèle fréquentant les structures à bas-seuil.

L'enquête auprès de la clientèle des structures à bas-seuil d'accessibilité (SBS) a déjà été menée à cinq reprises (1993, 1994, 1996, 2000 et 2006). Toute SBS remettant du matériel stérile d'injection aux consommateurs de drogues est en principe éligible pour l'enquête. Le nombre de structures incluses dans l'enquête a sensiblement augmenté au cours du temps. Leur nombre est ainsi passé de 13 en 1993 à 24 en 2006. La moitié des SBS impliquées sont pourvues de locaux d'injection.

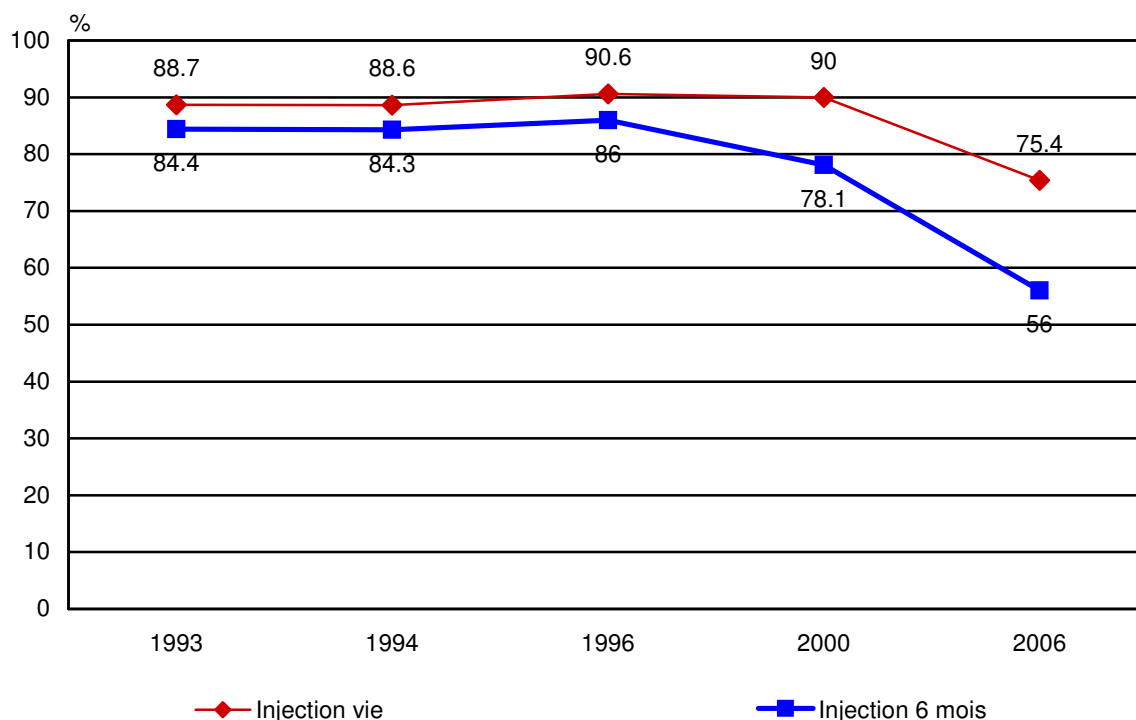
La récolte de données a eu lieu dans chaque structure durant 5 jours consécutifs. Un à deux enquêteurs, formés pour la circonstance, proposaient à tout usager fréquentant la structure de participer à l'enquête en remplissant le questionnaire. Les intervenants travaillant dans les structures pouvaient parfois faciliter l'approche des usagers.

Le questionnaire utilisé a été adapté et complété au fil des vagues d'enquête. Les questions posées fournissent des indications sur :

- les caractéristiques socio-démographiques des usagers des SBS (sexe, âge, formation) ;
- l'insertion sociale (sources de revenu et logement) ;
- la consommation de substances au cours de la vie et au cours du dernier mois (produits consommés, durée de la consommation, mode principal de consommation, etc.) ;
- la pratique de l'injection (fréquence) et le partage du matériel servant à l'injection (aiguille, et autre matériel), y compris lors de séjours en prisons ;
- l'activité sexuelle, l'exercice de la prostitution et l'usage de préservatifs ;
- l'état de santé (perçu) et le statut sérologique pour le VIH, le VHC et le VHB.

La prévalence de l'injection chez les consommateurs recrutés dans les centres à bas-seuil a commencé à diminuer dès la fin des années 90. Ceci correspond à la fois à l'arrivée de consommateurs de drogues "durs" qui n'ont jamais eu d'expérience d'injection et à l'abandon de l'injection chez certains consommateurs (Figure 1).

**Figure 1** Prévalence de l'expérience d'injection (dans la vie et dans les 6 derniers mois) chez les consommateurs de drogue fréquentant les structures à bas seuil distribuant du matériel d'injection, 1993-2006. Source: enquête auprès des consommateurs de usagers des centres à bas-seuil en Suisse, IUMSP.



De plus, la proportion de nouveaux injecteurs (personnes s'étant injecté des substances pour la première fois dans les deux dernières années) a passé de 29.1% en 1993 à 5.5% en 2006.

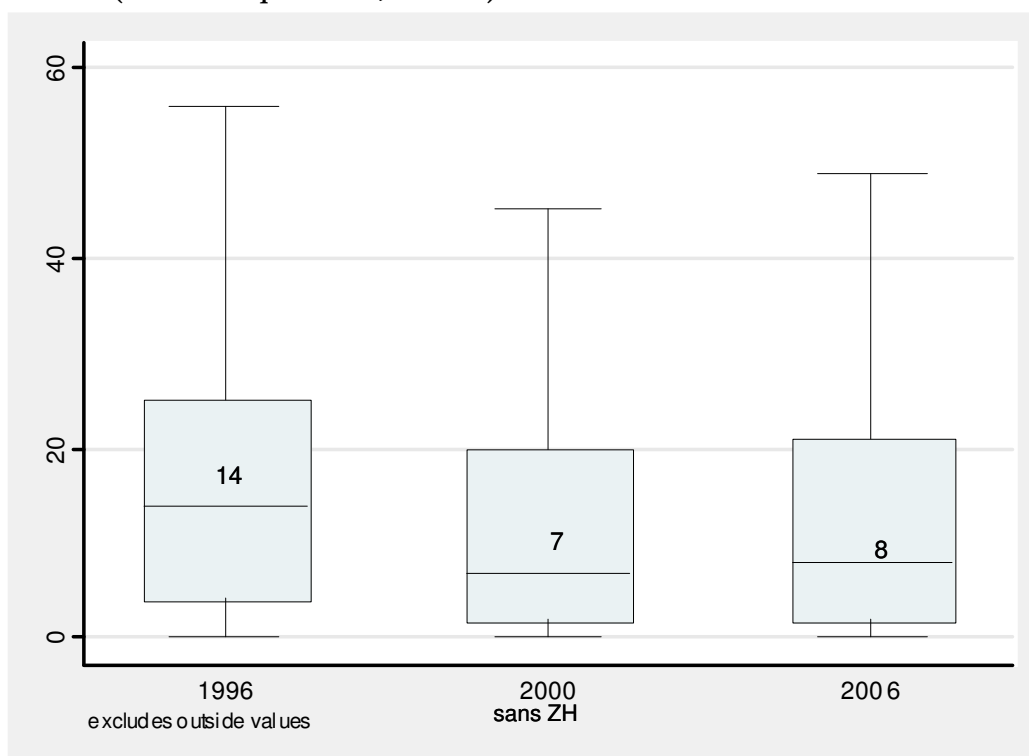
Les données concernant la diminution des risques liés à l'injection (fréquence d'injection par semaine et partage de matériel lié à l'injection) sont présentées à la Figure 2 et à la Figure 3.

Le nombre médian d'injections par semaine chez les personnes qui s'injectent a diminué, passant d'un nombre médian de 14 en 1996 à 7 en 2000 et 8 en 2006 (Figure 3).

Le partage de seringues (s'injecter avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre) dans les 6 derniers mois suit la même évolution avec une diminution de 16.5% en 1992 à 8.9% en 2006 (4.9% le dernier mois) (Figure 3).

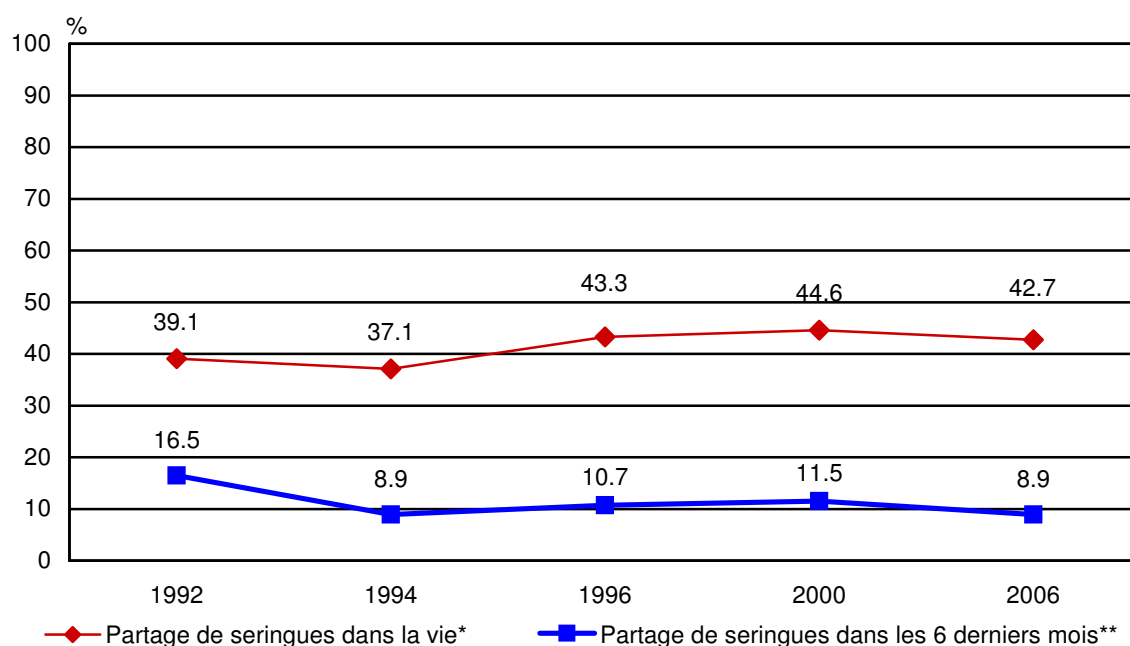
La prévalence du partage de seringues en Suisse est l'une des plus basses observées en Europe.

**Figure 2** Nombre médian d'injections par semaine chez les consommateurs de drogue fréquentant les structures à bas seuil distribuant du matériel d'injection, 1996-2006 (Source: enquête SBS, IUMSP)



Base: injecteurs dans les 6 derniers mois.

**Figure 3** Proportion d'usagers ayant partagé du matériel d'injection dans la vie / les 6 derniers mois, usagers de centres à bas seuil distribuant du matériel d'injection, 1994-2006 (Source: enquête SBS, IUMSP)



\* Base : injecteurs dans la vie

\*\* Base : injecteurs dans les 6 derniers mois

Le non-partage de matériel servant à préparer l'injection est aussi en amélioration mais de manière moins satisfaisante, en particulier si l'on considère le risque de contamination par le VHC. Entre 1996 et 2006, le non-partage du matériel suivant a progressé:

- de 32.9% à 68.1% pour la cuillère,
- de 57.5% à 78.9% pour le filtre,
- de 96.9% à 98% pour le coton,
- de 75.4% à 84.2% pour l'eau (2000, 2006).

L'usage de préservatifs lors de rapports sexuels dépend du type de partenaire avec lequel a lieu le rapport sexuel. De manière générale, la protection lors de rapports sexuels s'est améliorée chez les consommateurs de drogue par voie intraveineuse.

Lors de rapports sexuels avec un partenaire stable, l'usage systématique de préservatifs a augmenté de 25.5% en 1993 à 28.5% en 2006. Avec les partenaires sexuels occasionnels, la protection systématique a augmenté de 59.5% en 1993 à 71.8% en 2006. On n'a pas observé – comme c'est le cas chez les homo-bisexuels – de diminution de la protection dans les années récentes avec ce type de partenaires.

En revanche, la protection systématique avec les clients chez les femmes consommatrices qui se prostituent a un peu diminué tout en restant très élevée (90% en 1993, 79.5% en 2006). Chez les hommes qui se prostituent, la protection est moins bonne (entre 45% et 65% selon les années).

La situation sociale des consommateurs de drogue reste très précaire (Tableau 1) chez ceux qui fréquentent les structures à bas seuil, la proportion de ceux qui ont une activité lucrative a diminué entre 1993 et 2006. Dans le même temps la proportion de personnes au bénéfice des assurances sociales (surtout AI) ou de l'aide sociale a beaucoup augmenté. Le recours au *deal* ou autres activités illégales comme source de revenu a en revanche diminué. La proportion de personnes sans domicile fixe a diminué de moitié environ entre 1993 et 2006.

**Tableau 1 Revenu et logement, consommateurs par voie intraveineuse fréquentant les structures à bas-seuil en Suisse, 1993-2006 (Source : enquête SBS, IUMSP)**

	1993	1994	1996	2000	2006
<i>Revenu</i>					
Activité lucrative	44.8	47.4	45.7	40.4	36.8
Assurances sociales	8.8	21.4	26.2	28.9	35.4
Aide sociale	27.8	28.4	35.2	46.4	45.0
Deal, activités illégales	27.5	21.7	25.0	17.1	20.0
Prostitution (femmes)		<i>16.4</i>	23.7	18.9	19.8
<i>Logement</i>					
Sans domicile fixe	11.4	14.0	9.4	10.6	6.2

En italique : données manquantes pour les répondant(e)s de Zurich

## 2 RESULTATS

### 2.1 TAUX DE PARTICIPATION

Le tableau 2 présente la proportion de femmes et d'hommes et l'âge moyen des personnes qui ont participé à l'étude. On voit que la proportion de femmes ayant répondu au questionnaire quantitatif est plus élevée à Berne (56%) qu'à Bienne (29%) et que l'âge moyen de ce groupe est inférieur à Berne. Cela correspond bien au profil des personnes fréquentant ces deux structures selon les collaborateurs qui y travaillent. Les personnes ayant accepté de participer à la partie qualitative ont un âge moyen comparable à ceux ayant participé à la partie quantitative, par contre à Berne moins de femmes ont accepté cette deuxième partie de l'étude qu'à Bienne.

Tableau 2 Nombre de personnes ayant participé à l'étude par structure

Questionnaire quantitatif	Bienne (n=14)	Berne (n=16)	Total (n=30)
Age moyen (min-max)	<b>23.2 (22-24)</b>	<b>21.1 (18-24)</b>	<b>22.1 (18-24)</b>
Femmes	29%	56%	43%
Hommes	71%	44%	57%
<b>Interview qualitatif</b>	<b>n=9</b>	<b>n=10</b>	<b>n=19</b>
Age moyen (min-max)	23.3 (22-24)	21.5 (18-24)	22.3 (18-24)
Femmes	33%	40.0%	37%
Hommes	67%	60.0%	63%

### 2.2 NATIONALITE ET MIGRATION

La majorité des personnes enquêtées est d'origine suisse (67%). Les autres nationalités sont les suivantes : allemande (une personne), française (une personne), italienne (une personne), serbe (deux personnes), albanaise (une personne), macédonienne (une personne), thaïlandaise (deux personnes). Une proportion encore plus importante est née en Suisse (80%), quant aux personnes ayant immigrés en Suisse, elles s'y trouvent en moyenne depuis 18 ans avec un minimum de 8 ans jusqu'à un maximum de 23 ans. La moitié de notre échantillon ont des parents immigrants.

### 2.3 ANTECEDENTS ET RAPPORTS FAMILIAUX

La grande majorité des personnes est célibataire (93%). Parmi leurs parents, 48% sont mariés, 17% sont divorcés, 10% ont une mère remariée, 7% ont un père remarié, 7% ont des parents séparés, 7% ont des parents qui vivent ensemble et 3% ont une mère décédée. Une importante proportion a habité la plupart du temps chez leurs parents (80%) et 60% se disent satisfait de ce cadre de vie. Ces résultats montrent peu de différences par rapport au reste de la population suisse.

Par contre, la plupart des personnes a déménagé à de nombreuses reprises (en moyenne 10 fois au cours de leur vie avec un maximum de 35 fois). Il semble que les femmes ont encore plus souvent déménagé que les hommes.

Une proportion élevée a un passé de fugueur/se (57%), avec une moyenne de fugues proche de 9 fois au cours de leur vie. Les hommes ont plus souvent fugué que les femmes.

En termes de fratrie, la majorité a un ou deux frères et sœurs (69%), 46% sont au deuxième rang de la fratrie et 39% sont des aînés. Cinq personnes ont un enfant.

La famille, que ce soit les parents ou les frères et sœurs, ont souvent des problèmes de consommation excessive d'alcool, de drogues illicites ou des problèmes psychiques. En effet, 17% des parents présentent des problèmes de consommation de drogues, et 50% des problèmes d'alcool. De même, 50% des parents ont des problèmes psychiques. Plus de 40% rapportent avoir souvent ou très souvent des conflits familiaux, alors que seulement 13% des familles ont des difficultés financières.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, une majorité qualifie le temps passé en famille d'agréable. Paradoxalement, 59% d'entre eux ont été victimes de maltraitance.

## 2.4 VIE SOCIALE ET RELATIONS AVEC LES PAIRS

Environ 43% des personnes interrogées disent consacrer passablement ou beaucoup de leur temps libre à leur famille. Ils sont 57% à passer du temps avec des amis qui consomment de la drogue ou de l'alcool et 31% avec des amis qui ne consomment rien. Presque un quart n'a pas d'amis et la majorité en ont très peu, ce qui conduit presque la moitié d'entre eux à passer du temps essentiellement seul. Toutefois, ils sont une majorité (87%) à dire pouvoir parler avec un ami ou une amie lorsqu'ils ont un problème. Une grande partie de leurs amis ont eu des problèmes avec la police en lien avec la drogue (62%), 31% de leurs amis ont abandonné l'école et 23% ont un comportement qui pourrait poser des problèmes à l'école. De manière intéressante, 64% des amis sont connus par les parents.

Seulement 60% sont satisfaits de leur vie sociale et seulement 30% sont satisfaits de la façon dont ils occupent leur temps libre.

## 2.5 PARCOURS SCOLAIRE, VIE ACTIVE ET FORMATION PROFESSIONNELLE

Le niveau de formation est assez bas : 77% ont terminé la scolarité obligatoire et 23% ont fait un apprentissage ou une école professionnelle. La majorité a tout de même obtenu un certificat de fin d'études (67%). Relevons que 17% ont vécu une rupture d'apprentissage et 13% ont été renvoyés ou suspendus de l'école obligatoire. Une seule personne sur les trente est toujours en formation scolaire. Une faible proportion (11%) aimerait obtenir une aide pour pouvoir continuer ou reprendre une formation scolaire ou professionnelle interrompue. Nous retrouverons plus loin, cette dichotomie entre problèmes et demande d'aide. En effet, cette population a de la difficulté à exprimer des besoins.

Presque tous ont déjà travaillé (97%) et cela essentiellement dans des travaux de type manuel. Durant les six derniers mois, ils ne sont que 30% à avoir travaillé à plein temps et 18% à temps partiel. Si 84% désirent travailler, seulement 42% cherchent activement du travail.

Leur principale source de revenu provient de l'aide sociale (63%), 13% ont recours à la prostitution et 33% ont des revenus illégaux liés au deal.

## 2.6 SANTE PHYSIQUE

Si 27% disent ne pas avoir de problèmes d'ordre médical sur le plan physique ayant amené à consulter, 72% ont consulté au moins une fois en 2007. Les femmes ont consulté plus souvent en moyenne (10 fois, avec un maximum de 50 fois) que les hommes (2 fois, avec un maximum de 10 fois). Ils sont 59% à se faire du souci pour leur santé et 23% se disent souvent malades.

Par rapport à la population générale, une proportion importante (37%) considère son état de santé comme mauvais ou assez bon et presque la moitié (43%) a déjà été gravement malade.

La moitié dit souffrir d'une maladie chronique et 86% ont déjà été hospitalisés au moins une fois dans leur vie, avec un maximum de trente hospitalisations pour une personne.

Une majorité (53%) s'attend à avoir beaucoup de problèmes de santé dans le futur.

Les principaux problèmes de santé rapportés sont des problèmes de sommeil (70%), des problèmes dentaires (43%), respiratoires (37%), des maux de tête (33%), des problèmes alimentaires et de l'asthme (27%), et enfin un poids insuffisant (23%). Seulement une personne signale une séropositivité au VIH et quatre personnes une hépatite.

En ce qui concerne l'état de santé physique récent, la moitié rapporte des problèmes médicaux durant les trente jours précédant l'enquête. Certaines personnes signalent même avoir été malade de vingt à trente jours durant ce laps de temps. Un tiers se dit préoccupé par des problèmes de santé récents.

Une large proportion (69%) pense qu'il est important de suivre un traitement médical pour leurs problèmes de santé.

## 2.7 SANTE PSYCHIQUE

Une proportion importante (38%) a eu au moins un traitement ambulatoire pour un problème psychique. La moitié a eu un traitement en institution et la même proportion a eu envie d'en finir avec sa vie. Une très grande majorité se sent déprimée ou dire avoir le blues (83%). Durant les trente derniers jours, 70% ont eu au moins un jour durant lequel ils ressentaient des problèmes psychologiques, avec 13% qui disent avoir ressenti cela sur l'ensemble des 30 jours. Ils sont 37% à dire avoir besoin d'une aide pour des problèmes psychiques. On retrouve donc un important problème de co-morbidité psychiatrique dans cet échantillon.

## 2.8 CONSOMMATION DE DROGUES

Toutes les personnes interrogées ont consommé de l'héroïne, de la cocaïne et du cannabis au cours de leur vie. L'âge moyen de la première consommation des diverses substances est proche des enquêtes faites dans les structures à bas seuil (Tableau 3). Il est intéressant de relever que si certaines personnes commencent très tôt leur consommation de drogues dures, d'autres ont débuté relativement tard. Les personnes qui ont débuté leur consommation de manière précoce sont aussi celles qui ont tendance à consommer de nombreuses substances et qui ont plus souvent recours à l'injection que ceux qui commencent plus tard.

**Tableau 3 Prévalence à vie et âge à la première consommation de diverses substances**

Substances	Prévalence à vie (%)	Age moyen (années)	Age minimum (années)	Age maximum (années)
<b>Héroïne</b>	100.0%	16.5	12	21
<b>Cocaïne</b>	100.0%	16.3	12	20
<b>Cocktail</b>	76.7%	17.8	13	23
<b>Benzodiazépines</b>	76.7%	18.7	12	23
<b>Méthadone au noir</b>	53.3%	17.2	12	21
<b>Amphétamines</b>	90.0%	16.2	12	22
<b>Cannabis</b>	100.0%	13.5	11	18
<b>Alcool</b>	96.7%	12.7	4	16

En termes de consommation actuelle, 53% consomment de l'héroïne, 27% de la cocaïne, 13% du cocktail, 13% des benzodiazépines, 23% du cannabis et 10% de l'alcool plusieurs fois par jour.

En termes de mode de consommation, l'héroïne est injectée par 30% des personnes, 37% s'injectent de la cocaïne, 30% du cocktail et 13% des benzodiazépines. Une proportion plus importante (43%) inhalent l'héroïne et la cocaïne.

Un peu plus de la moitié (53%) se sont injectés au cours de leur vie avec un âge moyen à la première injection de 18 ans (minimum 14 ans et maximum 21 ans). Les femmes se sont injectées plus jeunes à 16.5 ans (minimum 14 ans, maximum 18 ans) par rapport aux hommes avec un âge moyen à la première injection se situant à 19.7 ans (minimum 17 ans, maximum 21 ans). Moins de la moitié (43.3%) ont eu recours à l'injection au cours des six derniers mois.

La plupart s'injectent dans un local d'injection (39%), 31% le font à domicile et tout de même 31% le font dans un espace public.

Le nombre d'injections par semaine varie de 1 à 84, avec une moyenne plus élevée pour les hommes (34 injections par semaine) que pour les femmes (18 injections par semaine).

## 2.9 TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Il est intéressant de relever que, comme ce qui a été relevé dans le cadre des enquêtes dans les structures à bas seuil au niveau national en 2006, 50% de la population enquêtée suit un traitement de substitution à la méthadone. La durée de traitement la plus basse est de 1 mois et la plus longue de 6 ans et 8 mois. La moyenne se situe à 2 ans et 4 mois avec une médiane à 1 an et 4 mois. Une personne rapporte un traitement à base de Dormicum depuis 2 ans. Aucune des personnes de l'échantillon n'est au bénéfice d'un traitement de substitution à l'héroïne intraveineuse ou orale.

Cette proportion importante de personnes en traitement de substitution pose la question de l'adéquation de ces traitements et du suivi de ces personnes. Nous reprendrons ce point central dans les conclusions.

## 2.10 PARTAGE DE SERINGUES ET OVERDOSES

Parmi les injecteurs, 31% disent avoir partagé dans la vie et 25% durant les six derniers mois. Cette proportion pour les six derniers mois est plus élevée que les résultats des enquêtes conduites au niveau national dans les structures à bas seuil. Ce taux de partage relativement élevé pourrait s'expliquer par une importante multi-consommation et un nombre élevé d'injections rapportées par semaine.

En plus de l'injection, la grande majorité a aussi inhalé au cours des six derniers mois (90%). La moitié a déjà été victime d'une overdose, avec un maximum rapporté de sept overdoses.

## 2.11 RELATIONS SEXUELLES ET PARTENAIRES

La majorité des personnes est sexuellement active avec 90% ayant eu des relations sexuelles au cours des six derniers mois. La plupart ont eu un partenaire stable (73%) durant les six derniers mois, par contre seulement 58% se déclarent satisfaits de cette relation. Parmi les partenaires, 33% s'injectent des drogues, 30% consomment de l'alcool et 40% consomment des drogues. Environ un tiers des parents (31%) voient un problème dans ces relations.

L'utilisation du préservatif est assez faible, avec 19% qui disent toujours l'utiliser et 15% qui disent y avoir recours la plupart du temps avec leur partenaire stable. En ce qui concerne les partenaires occasionnels, 41% disent en avoir eus durant les six derniers mois et la moitié d'entre eux signalent toujours utiliser un préservatif dans le cadre de ces relations sexuelles. Lors du dernier rapport sexuel, ils sont 41% à avoir utilisé un préservatif.

Des relations sexuelles en échange d'argent ou de cadeau sont rapportées par 27% des personnes.

Seulement 7% désirent recevoir des informations en lien avec les maladies sexuellement transmissibles et la sexualité.

## 2.12 COMPORTEMENT DELINQUANT/CRIMINEL

La moitié a déjà séjourné au moins une fois en prison, 20% sont en liberté surveillée et 23% sont en sursis. La majorité (77%) a déjà été arrêtée par la police pour un délit, le nombre d'arrestations allant de 1 à 100, avec un âge à la première arrestation de 9 ans à 21 ans.

## 2.13 BESOINS

L'expression des besoins reste difficile et est souvent contradictoire. Une aide pour trouver un travail semble être un des besoins prioritaires. L'occupation du temps libre doit être développée car une proportion élevée des personnes dit ne pas savoir que faire durant ce temps.

De nombreuses personnes désirent une prise en charge au long cours et il est intéressant de relever qu'après avoir terminé la partie recherche de cette étude, plusieurs personnes ont pu être orientées vers des structures de prise en charge de type résidentiel.

Comme pour les autres consommateurs de drogues dures, une prise en charge bio-psycho-sociale est nécessaire en raison d'une importante co-morbidité psychiatrique.

## 3 CONCLUSIONS

### 3.1 METHODOLOGIE

Il est important de souligner les quelques limites liées à la méthodologie utilisée pour cette étude. Les personnes qui ont répondu au questionnaire quantitatif ne correspondent pas complètement à l'ensemble de la population des jeunes consommateurs de drogues dures fréquentant les structures de Berne et Bienne. En effet, malgré l'important effort en temps et en énergie des collaborateurs des structures pour encourager toutes les personnes du groupe cible (jeunes de 16 à 25 ans à Berne, 18 à 25 ans à Bienne) à participer à l'étude, certaines ont tout de même refusé d'y participer. Néanmoins, avec un échantillon final de trente personnes la plupart des résultats présentés ci-dessus sont relativement représentatifs. De même, les personnes ayant accepté l'entretien qualitatif ne constituent pas un échantillon aléatoire de celles qui ont participé à la première partie de l'étude. Il semble que le biais pour cette partie soit un peu plus marqué à Berne qu'à Bienne.

Les réponses obtenues par les deux types de méthode divergent parfois et il est difficile de savoir dans quel sens elles peuvent être biaisées. A priori nous pouvons faire l'hypothèse qu'une personne extérieure à la structure, comme cela était le cas pour la partie qualitative, induit moins de biais dans les réponses que lorsqu'il s'agit d'une personne travaillant dans la structure. Toutefois, malgré ce biais potentiel, il s'est avéré très utile pour les collaborateurs des structures de pouvoir disposer de cet instrument pour mieux connaître les personnes prises en charge. Il semblerait que cela ait facilité la prise en charge ultérieure de plusieurs personnes interviewées dans le cadre d'un traitement de type résidentiel.

La conduite de focus groupes semble difficile à mener au sein de cette population, du moins sans qu'un incitatif financier ne soit utilisé. Il serait intéressant de voir si cette approche pourrait être utilisée comme première étape d'une future recherche, et non pas comme troisième étape comme ce fût le cas dans cette étude. Il est possible qu'un certain nombre de personnes en aient eu assez de répondre à de multiples questions.

### 3.2 PROFIL DES PERSONNES

Les parcours de vie des personnes ayant participé à cette étude comportent de nombreux épisodes de ruptures, que ce soit des fugues, des échecs scolaires ou thérapeutiques, des séjours en prison, etc.

La majorité d'entre elles ont consommé de nombreuses substances avec un début de consommation plus précoce chez les femmes. Le mode de consommation principal est celui de l'inhalation, avec toutefois plusieurs cas qui ont passé de l'inhalation à l'injection et cela relativement tardivement dans leur consommation.

Les prises de risques sont assez élevées, que ce soit en ce qui concerne le partage de seringues, que la faible utilisation des préservatifs notamment dans les relations sexuelles avec des partenaires occasionnels.

La perception de la santé tant physique que psychique est basse et une proportion élevée souffre de problèmes de santé physique et surtout de problèmes de santé psychique qui semblent peu pris en charge.

La majorité des personnes a un niveau de formation assez bas et si la plupart a déjà travaillé dans sa vie, une faible proportion est encore active professionnellement et une grande proportion est déjà au bénéfice d'une aide sociale et ne travaille plus.

Les relations avec la famille sont décrites comme bonnes malgré des antécédents souvent lourds des parents (problèmes d'alcool, de drogues illégales, problèmes psychiques). Si plusieurs personnes disent pouvoir s'appuyer sur le réseau familial, une autre partie signale des problèmes de maltraitance et des relations peu satisfaisantes avec leurs parents.

Le tissu social est pauvre et même si la plupart des personnes ont quelques amis proches et peuvent partager leurs problèmes avec eux, ceux-ci sont souvent des personnes ayant aussi une consommation de drogues illégales ou d'alcool.

De manière générale, ils sont insatisfaits de leur relation de couple, de l'emploi de leur temps libre et de leurs journées.

### 3.3 BESOINS

Ce qui frappe d'emblée dans cette étude est la difficulté que les personnes interviewées ont eu à pouvoir exprimer leurs besoins. De plus, cette expression des besoins s'avère parfois contradictoire entre les problèmes mentionnés et les besoins qui pourraient y être liés.

Parmi les besoins clairement exprimés, on trouve au premier plan celui relatif à une aide pour trouver du travail, même de manière ponctuelle. Ce besoin est à mettre en relation avec une occupation du temps libre qui apparaît comme problématique. En raison de l'isolement social relativement important de la plupart des personnes, celles-ci ont tendance à organiser une vie relativement structurée autour des moments de la journée, comme celui du réveil, des repas et souvent de la visite de la structure pour y consommer des drogues.

Plusieurs personnes disent aussi que se sont à elles de trouver les solutions pour arrêter leur consommation et qu'une aide extérieure ne sera utile que quand ils auront fait assez de chemin intérieur et se sentiront prêt à arrêter. Par contre, tous signalent l'importance de structures à bas seuil comme à Berne et à Bienne pour pouvoir consommer de manière sûre et sans stress. Ils signalent aussi que ces structures sont importantes car elles permettent de s'approcher du milieu des consommateurs de drogues et ainsi faciliter les possibilités de s'approvisionner en drogues ou d'en vendre pour en tirer un certain revenu.

De manière générale, les collaborateurs des structures sont perçus comme des personnes compétentes et avec qui les personnes interrogées peuvent discuter de leurs problèmes. Ils signalent toutefois qu'en raison du nombre de personnes présentes dans les structures les collaborateurs ont peu de temps à disposition pour échanger avec eux. Il ne fait pas de doute selon eux, que ces structures répondent à un besoin primordial pour les consommateurs de drogues, notamment parce qu'ils ne sont pas jugés pour leur consommation.

Une majorité désirent aussi être mieux considérée par la police et les forces de l'ordre. Ils trouvent que souvent on leur manque de respect et qu'ils sont poursuivis pour des bagatelles.

Plusieurs des personnes interviewées mentionnent l'importance d'une prévention primaire et secondaire plus efficace pour éviter que d'autres jeunes suivent le même chemin qu'eux. Dans le même ordre d'idée, ils disent refuser de vendre des drogues, pour ceux d'entre eux qui dealent à petite échelle, à des jeunes ou à des mineurs et ils dénoncent la pratique des dealers qui le font.

## 4 RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous proposons les recommandations suivantes, qui sont à prendre comme des pistes de réflexion:

Il est nécessaire de renforcer le travail en réseau autour de chaque personne et de concentrer les efforts de suivi et de prise en charge auprès des jeunes consommateurs de drogues dures. Cela est d'autant plus valable pour les personnes qui ne s'injectent pas encore de drogues.

Afin d'améliorer ce travail en réseau, une réflexion sur les priorités relatives du temps de travail des collaborateurs est nécessaire.

L'utilisation d'une version plus courte du questionnaire quantitatif utilisé dans cette étude pourrait permettre de mieux connaître les personnes fréquentant les structures et partant, de développer plus rapidement une prise en charge adaptée aux besoins de chacun.

De même, une réflexion plus générale sur la question de l'anonymat devrait être menée. Si au début de l'existence des structures à bas seuil en Suisse, le respect de l'anonymat était important pour attirer un maximum de personnes qui se trouvaient dans la rue, la situation a considérablement évolué depuis.

Dans le même ordre d'idée, le développement d'un système d'indication au traitement comme celui qui est en cours de développement dans le canton de Vaud pourrait être très utile et pertinent pour une prise en charge précoce des consommateurs. Plusieurs modèles pourraient être imaginés, notamment une adaptation du projet INCANT qui s'adresse à des consommateurs de cannabis en s'appuyant sur une approche de type thérapie familiale intensive.

Le développement des possibilités de travail pour cette population ayant un niveau de formation relativement bas est également nécessaire. A Bienne, la réflexion est en cours pour offrir des prestations correspondant aux offres de « petit boulot » existant à Berne.

De manière plus globale, le renforcement de la formation de cette population marginalisée ayant souvent eu un parcours d'échec scolaire est une priorité, d'autant plus qu'une grande majorité est déjà au bénéfice d'une aide sociale.

Le renforcement de la collaboration avec les médecins prescripteurs de méthadone est nécessaire en raison du fait que la moitié des personnes interviewées est actuellement en traitement à la méthadone et continue à consommer de nombreuses drogues.

Une prise en charge bio-psycho-sociale est nécessaire au vu de l'importante co-morbidité psychiatrique relevée dans cette étude.

L'influence du petit deal qui a lieu autour de ces structures, et plus largement, l'impact criminogène du milieu des consommateurs de drogues sur les plus jeunes d'entre eux devraient être mieux pris en compte et notamment lors de poursuites judiciaires, en envisageant l'utilisation plus fréquente d'injonctions thérapeutiques même coercitives pour cette clientèle particulière de jeunes consommateurs (par ex. en appliquant l'art. 44 CPS dans sa forme ambulatoire au moins).

La question de la cohabitation de personnes qui inhalent des drogues avec celles qui s'injectent doit être à nouveau abordée, en effet, celle-ci pose toujours le problème du risque de passage d'un mode de consommation moins néfaste à la santé à celui de l'injection, plus néfaste.

La prévention secondaire ciblée auprès des jeunes à risque dans le cadre scolaire ou de l'apprentissage doit aussi être renforcée pour éviter le passage à des consommations chroniques et problématiques.

## 5 ANNEXES

### 5.1 QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Le questionnaire (16 pages) n'est pas inclus dans ce rapport. Il peut être téléchargé séparément sur [http://www.infodrog.ch/txt/impuls/supra-f/Junge%20DK\\_Questionnaire-francais.pdf](http://www.infodrog.ch/txt/impuls/supra-f/Junge%20DK_Questionnaire-francais.pdf)

## 5.2 GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES ENTRETIENS QUALITATIFS

	Questions entretien qualitatif	Questions provenant du questionnaire quantitatif	Questions de recherche
1	Que faites-vous actuellement ? (en termes d'occupation de la journée, formation, de travail, etc.) (question d'introduction pour mettre la personne à l'aise au début de l'interview)	Q34-Q44	Formation, profession, intégration
2	Quels sont les personnes avec qui vous passez vos journées, votre temps ?	Q45-Q50	Lien sociaux, (famille, ami/es, pairs etc) ressources
3	Avez-vous déjà eu des moments problématiques dans votre vie ? (en lien ou non avec votre/vos consommations de drogues : échec scolaire, prison, santé, dettes, etc.) ?	Q20-Q32, Q35, Q71-Q74	Vulnérabilité, point de ruptures, ressources (comment et qui vous a aidé)
4	Lorsque ces problèmes sont survenus, quels types d'aide avez-vous cherché ? Quels étaient les structures ou services utilisés ?	En dehors des amis, pas de questions spécifiques	Recours à des structures, autres formes d'appui ou d'utilisation des ressources
5	Que consommez-vous actuellement et que recherchez-vous en consommant ces drogues ? (on peut aussi reprendre la consommation décrite dans le questionnaire quantitatif et la valider)	Q75-Q77	Sens donné à la consommation actuelle
6	Pourriez vous me dire comment vous avez commencé à consommer des drogues légales (alcool, tabac) et illégales (âge, contexte, durée, etc.) ?	Q75	Parcours de consommation
7	Comment percevez-vous votre consommation de drogues actuellement ? Comment vous sentez-vous en ce moment ? Avez-vous des problèmes liés à cette/ces consommations ?	Q49-Q50, Q88-Q102	Problématique actuelle et perception de soi en lien ou non avec la consommation
8	De manière générale quels sont vos besoins ? (sur la base des réponses préalables, cette question pourra se porter sur les besoins en formation, suivi social, etc.).		Besoins généraux exprimés
9	Que venez-vous chercher ici ? (Question de relance si la précédente n'a pas apporté beaucoup d'information : En dehors de cette structure, est-ce que vous vous adressez à d'autres structures: Liste des structures existantes)		Besoins en lien avec structure bas-seuil
10	Si cette structure (Bienne, Berne) devait disparaître, que feriez-vous ? Qu'est-ce que cela signifierait pour vous ? Qu'est-ce qui vous manquerait.		Besoins et appréciation offre
11	Après tout ceci: Qu'est-ce que vous aimeriez encore me dire ? Qu'est-ce qui vous manque de manière générale ?		Besoins théoriques

Les questions 8 à 10 n'ont pas d'équivalent direct dans le questionnaire quantitatif, pour les autres questions, il y a encore d'autres croisements possibles qui seront effectués lors de l'analyse croisée du qualitatif et du quantitatif. Les questions dans la 3<sup>ème</sup> colonne sont là à titre d'exemple.

### 5.3 GRILLE POUR LES FOCUS GROUPES

Commencer par un petit mot de bienvenue et de présentation des intervenants, rappel des objectifs de l'étude et des pistes pour la suite de la prise en charge des jeunes consommateurs

#### **Explication des règles du focus groupe :**

- chacun parle à son tour,
- respect des autres,
- dire ce que l'on pense,
- acceptation de l'enregistrement et anonymat

1. Tour de table pour enregistrer les voix de chacun

2. Pouvez-vous nous citer les divers besoins que vous avez à ce jour

3. Quels sont selon vous les besoins prioritaires ?

4. Quelles sont les types d'aides que vous pouvez trouver pour répondre à ces besoins ?

5. Qu'est-ce qui fonctionne bien actuellement dans le réseau de prise en charge des consommateurs de drogues ?

6. Qu'est ce qui manque ou qui devrait être amélioré ?

7. Que vous apporte le K&A ? Que feriez-vous si celui-ci devait fermer ?

8. Avez-vous encore d'autres commentaires ou remarques d'ordre général (politique drogue, répression, etc.)

Remerciements à toutes et tous

## 5.4 SYNTHÈSE DES ENTRETIENS DE SIX PROFESSIONNELS DES STRUCTURES DE SOINS DE BERNE

### Synthese der Gespräche mit sechs Fachleuten aus dem bernischen Versorgungsnetz

#### Hintergrund der Befragung

Die Aktionsforschung, die im Juli 2008 begann, beinhaltet auch einen Teil Analyse des Versorgungsnetzes ausserhalb der K&A. Dabei ging es darum, die Versorgungslage im Raum Bern zu überprüfen hinsichtlich ihrer Angemessenheit für die Unterstützung der Zielgruppe. Das Untersuchungsziel war das Benennen von allfälligen Lücken und das Skizzieren von Konzepten zu deren Schliessung.

#### Untersuchungsgegenstand

Der Untersuchungsgegenstand ist die Angebotsstruktur für die genannte Zielgruppe im Raum Bern. In Absprache mit den Verantwortlichen des Contact Netz Biel wurde in Biel ein anderer Zugang zur Untersuchung der Versorgungsstruktur gewählt, weshalb sich dieser kurze Bericht einzig auf Gespräche mit Fachleuten aus dem Versorgungsnetz von Bern bezieht.

#### Forschungsfragen

Die Forschungsfragen wurden von der Verfasserin in Zusammenarbeit mit Bernhard Meili, Projektsteuerung und Ines Bürge, Leiterin der K&A Bern, entwickelt. Damit sollte gewährleistet werden, dass sie einerseits die Fragen der Projektsteuergruppe beantwortet, andererseits für die K&A Bern von Nutzen sind. Nachfolgend sämtliche Forschungsfragen:

*Was ist der Anlass/wie/wo und in welcher Form stehen Sie mit der beschriebenen Zielgruppe in Kontakt? Zu welchem Zeitpunkt (Alter der/des Betroffenen?) haben Sie Kontakt mit diesen Personen?*

*Was ist Ihr Arbeitsauftrag in Bezug auf die Zielgruppe?*

*Welche Ziele verfolgen Sie mit dieser Zielgruppe bzw. mit jemandem in dieser Situation (vgl. Beschreibung)?*

*Werden aus Ihrer Sicht diese Personen adäquat betreut?*

*Wenn nein: Was wäre aus Ihrer Sicht eine adäquate Betreuung?*

*Wo stellen Sie sich vor, dass diese Personen in 5 Jahren stehen werden?*

*Arbeiten Sie mit der K&A zusammen? Was wäre bei der Zusammenarbeit allenfalls zu verbessern in Bezug auf die Zielgruppe?*

*Wichtige Ergänzungen*

#### Methode

Die Forschungsfragen wurden sechs ausgewählten Fachleuten nach einem kurzen Telefongespräch per E-Mail zugeschickt. Sie dienten der Gesprächsvorbereitung. Es wurden qualitative Interviews durchgeführt, die jeweils rund eine Stunde dauerten. Die Gesprächsinhalte wurden schriftlich aufgezeichnet (Handnotizen) und den GesprächspartnerInnen zur Kontrolle und Bereinigung zugeschickt und wenn nötig nochmals überarbeitet.

#### Stichprobenwahl

Bei der Wahl der interviewten Fachpersonen wurde eine systematische Auswahl in Absprache mit Ines Bürge, der Leiterin der K&A Bern, getroffen. Dabei handelt es sich um diejenigen

Fachstellen/Fachpersonen, die ausserhalb der K&A am häufigsten mit der Zielgruppe der jungen Drogenabhängigen in Kontakt stehen. Sämtliche der angefragten Fachleute waren zu einem Gespräch bereit.

## **Ergebnisse**

Die Erläuterung der Ergebnisse beschränkt sich auf die Fragen 4 und 5, die ein breiteres Publikum interessieren könnten.

### **Frage 4: Ist die jetzige Betreuung adäquat?**

Die Betreuung der Konsumierenden wird von den befragten Fachleuten unterschiedlich eingeschätzt. Drei der befragten Personen sind der Ansicht, dass die Betreuung nicht adäquat ist, die restlichen drei Personen sind der Ansicht, dass viele Angebote vorhanden sind aber dennoch Lücken im Versorgungsnetz bestehen bzw. die vorhandenen Angebote eventuell nicht adäquat sind.

### **Frage 5: Was wäre aus Ihrer Sicht eine adäquate Betreuung?**

Unterschiedliche Gründe führen gemäss den befragten Fachleuten dazu, dass die Betreuung der jungen Konsumierenden nicht als adäquat bezeichnet werden kann. Dazu zählen auf Angebotsseite fehlende Betreuungsressourcen, niederschwellige 24-Strukturen (i. S. einer Notschlafstelle resp. einer Anlaufstelle), eine adäquate Institution für den Vollzug von Massnahmen für Frauen, sowie die Trennung von Rauchenden und intravenös Konsumierenden in der Kontakt- und Anlaufstelle. Auf die konkrete Zusammenarbeit mit den Konsumierenden bezogen werden das Fehlen eines offensiven Zuges in der K&A und auch die Möglichkeit eines freiwilligen Case Managements (in Zusammenarbeit mit der K&A) für die Betroffenen genannt.

Was die Seite der Konsumierenden anbelangt (= Nachfrager), wird deren nicht immer vorhandene Motivation für eine adäquate Betreuung als Grund für die nicht angemessene Betreuung genannt.

Die Gründe für das Fehlen einer adäquaten Betreuung lassen sich somit aufteilen in drei Gruppen: Fehlende Strukturen/Angebote, fehlende Differenzierung/Umsetzung der Konzepte in den vorhandenen Angeboten und fehlende Motivation seitens der Konsumierenden. Eine Verbesserung der Betreuungssituation der Betroffenen sollte somit vermutlich auf allen Ebenen gleichzeitig ansetzen: Auf der Ebene des betroffenen Individuums, indem Motivationsarbeit geleistet wird (was das Vorhandensein von entsprechenden zeitlichen/finanziellen Ressourcen in der K&A voraussetzt), auf der Ebene der Betreuung in der K&A (Sensibilisierung der Mitarbeitenden hinsichtlich der jungen Konsumierenden, Überdenken der Differenzierung der Leistungen/Konzepten nach unterschiedlichen Zielgruppen gemäss Kriterien Alter („junge“ vs. „alte“ Konsumierende) und Konsumform (RaucherInnen vs. intravenös Konsumierende) und schliesslich auf der strukturellen Ebene, indem überprüft wird, wie die vorhandenen Angebote verbessert werden könnten resp. welche neuen Angebote allenfalls zu schaffen wären. Eine verbesserte Betreuung auf der strukturellen Ebene erfordert unter Umständen ein umfassenderes Betreuungskonzept über die verschiedenen Anbieter hinaus und nicht das eigentliche Schaffen einer neuen Institution.

## **Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Befragten mehrheitlich von Mängeln in der Betreuung junger Drogenkonsumierender ausgehen. Diese liessen sich vermutlich durch unterschiedliche Interventionen auf der Ebene der Konsumierenden (Motivationsarbeit), auf der Ebene der Mitarbeitenden (Sensibilisierung der Mitarbeitenden; zusätzliche personelle Ressourcen) aber auch auf der strukturellen Ebene (Intensivierung/Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachstellen) verbessern. Für eine grundsätzliche Verbesserung der Situation von Konsumierenden ist davon auszugehen, dass koordinierte Massnahmen auf allen drei Ebenen durchgeführt werden müssen und deren Umsetzung den jeweils anderen Fachstellen kommuniziert werden sollten. Der intensiveren Betreuung der jungen Konsumierenden (Ebene Konsumierende und Ebene Mitarbeitende) ist meines Erachtens der Vorzug zu geben.

## **Ausblick**

Im Nachgang zur Sitzung mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern mit Schlüsselpersonen aus dem Versorgungsnetz im Umfeld der K&A Bern und Biel am 23. März 2009 wurde beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich mit der geschilderten Problematik vertieft auseinandersetzt, um die Betreuungssituation für die Zielgruppe zu verbessern. In Biel werden demnächst zwei Sitzungen mit Fachleuten aus dem Versorgungsnetz der Zielgruppe und aus dem Bereich der Früherkennung und Frühintervention stattfinden, um die Studienergebnisse zu präsentieren und zu diskutieren.

Die etwas ausführlichere Beschreibung dieses Teils der Aktionsforschung wird in der deutschen Version des Studienberichts erscheinen (Juni 2009).