

Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social

Rapport final

Sur mandat de la CRIAD (Coordination romande des institutions œuvrant dans le domaine des addictions) avec le soutien de la Loterie Romande, de la CLASS (Conférence latine des affaires sanitaires et sociales) et sur préavis du GRAS (Groupement romand des chefs de service des affaires sociales)

Antonio Da Cunha
(responsable scientifique)
Isabelle Caprani
Elsa Martins
Olivier Schmid
Suzanne Stofer

Octobre 2010

Résumé	1
Synthèse et recommandations	3
1. Introduction	15
2. Cadre d'analyse et démarche.....	17
2.1. La notion de référentiel, un analyseur : héritages et processus d'ajustement	17
2.2. Problématique générale : la politique des drogues, changements de référentiel et modèles d'action	19
2.3. Design de recherche : questions, hypothèse de travail et démarche	22
3. L'offre du secteur résidentiel en lien avec la prise en charge ambulatoire et le réseau médico-social : représentations croisées, structures et articulations	25
3.1. Le secteur résidentiel dans les cantons romands, bref inventaire : une offre riche et diversifiée, mais peu lisible	27
3.2. La conception et les effets du résidentiel : l'obligation de changement	29
3.2.1. La conception de la dépendance et de ses traitements : entre réactualisation et maintien de l'héritage	29
3.2.2. La perception des usagers : de la marginalité à la désinsertion	32
3.2.3. La prise en charge résidentielle : une adaptation des moyens et des objectifs	36
3.2.4. La spécificité et les effets du résidentiel : de la réduction des risques à la réinsertion	43
3.3. Les articulations et la complémentarité du résidentiel avec le secteur ambulatoire et le réseau médico-social : acteurs, représentations, pratiques	45
3.3.1. Le secteur résidentiel et les autres acteurs de l'offre : diversité des acteurs, transversalités et articulations	46
3.3.2. La mise en réseau de l'offre résidentielle, ambulatoire et médicale : la nécessité d'une approche pluridisciplinaire	48
3.3.3. Articulations et champs d'expérimentation : les traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités et les problématiques de l'insertion	51
3.4. En guise de conclusion : le renforcement du secteur résidentiel comme enjeu de la continuité des soins	66
4. La parole des usagers : profils socio-démographiques, trajectoires de vie, perceptions	71
4.1. Profils : précarisation, polytoxicomanie et comorbidité	72
4.2. Trajectoires : entrée dans le dispositif résidentiel et parcours de vie	74
4.2.1. L'entrée dans une institution résidentielle : besoins, perceptions des avantages, rencontre avec l'offre	75
4.3. Affranchissement de la dépendance et autonomie : la parole des usagers	89
4.3.1. Affranchissement de la dépendance : diversité des parcours et motivation au changement	89
4.3.2. La sortie de la dépendance : un processus multifactoriel	91
4.4. Qualité de vie et prise en charge par les dispositifs : un constat positif sur la situation des usagers	97
4.4.1. Consommation : une diminution globale de la consommation	98
4.4.2. Santé : une amélioration de l'état perçu	99
4.4.3. Situation socio-familiale : la restauration du lien social et familial	101
4.4.4. Emploi et ressources : portée et limites des mesures socio-professionnelles	102
4.4.5. Situation pénale et judiciaire : le résidentiel comme alternative appréciée	104
4.5. En guise de conclusion : complexité des trajectoires, demandes de prestations et décloisonnement des dispositifs	106

5. Conclusions générales et recommandations : pistes de réflexion	107
5.1. Forces et faiblesses, risques et opportunités	108
5.1.1. Les forces : des prestations nécessaires et efficaces	108
5.1.2. Les faiblesses : des ajustements à concevoir et à mettre en oeuvre	109
5.1.3. Les risques : le cercle de causalité circulaire et cumulative	110
5.1.4. Opportunités : construire la complémentarité entre les secteurs pour améliorer la continuité des soins	110
5.2. Recommandations : pistes de réflexion	111
5.2.1. Des lignes directrices pour une approche plurielle et intégrative : vers une vision stratégique partagée	112
5.2.2. Améliorer la lisibilité de l'offre résidentielle : un inventaire systématique, un concept de prestations	113
5.2.3. Ajuster l'offre de prestations aux nouvelles demandes : renforcer les structures intermédiaires et les interfaces	112
5.2.4. Définir de centres de compétences : le socio-éducatif et le socio-professionnel sollicités	115
5.2.5. Formaliser la collaboration : un renforcement de l'intégration et de la qualité de prise en charge	115
5.2.6. Renforcer le processus d'indication : un élément clé pour ajuster les prestations aux besoins des usagers	116
5.2.7. Mieux articuler les trajectoires des usagers : coordonner et concerter pour mieux traiter, accompagner et aider	116
5.2.8. Renforcer la formation interdisciplinaire pour améliorer la transversalité de la prise en charge	117
5.2.9. Améliorer le système d'information : des outils d'aide à la décision plus performants	117
5.2.10. Vers un nouveau cycle de politiques publiques : améliorer les conditions-cadre du secteur résidentiel dans une perspective intégrative	117
Bibliographie (non exhaustive)	119
Annexe 1 : Matériaux pour une analyse de l'offre : document de travail.....	122
Annexe 2 : Guide d'entretien pour les institutions résidentielles de traitement	149
Annexe 3 : Guide d'entretien pour les institutions ambulatoires de traitement	152
Annexe 4 : Usagers : échantillon.....	155
Annexe 5 : Guide d'entretien, usagers : axes thématiques principaux.....	160

Résumé ¹

L'évolution de l'action collective en matière de prévention et de traitement des addictions s'inscrit dans un processus continu de renforcement et d'élargissement de l'offre publique—résidentielle et ambulatoire—de prise en charge des personnes dépendantes à une substance. Depuis la fin des années 1990, une tendance à l'affaiblissement de la place du résidentiel au sein de la prise en charge des dépendances est identifiée. Cependant, face à la prévalence de certaines situations sociales et psychopathologiques lourdes et à l'évolution des profils des personnes dépendantes de substances psychotropes ou psychoactives, cette relativisation de la place du résidentiel pourrait avoir trouvé ses limites.

Les différents acteurs des dispositifs de traitement reconnaissent que l'addiction est un phénomène qui résulte de l'interaction de multiples facteurs. La recherche de solutions implique la concertation de plusieurs domaines complémentaires, à savoir le social, la santé, l'éducation et la sécurité. Dans cette perspective multifactorielle et interdisciplinaire, la sortie d'une situation de dépendance ne concerne pas seulement l'affranchissement de pratiques de consommation, mais aussi l'éloignement de situations socialement et individuellement problématiques. Une convergence adaptative se dessine ainsi entre les approches médicale et sociale et les secteurs ambulatoire et résidentiel posant de manière évidente la question de leur articulation. Quelles sont, dès lors, les pistes de réflexion pouvant inspirer des reconfigurations possibles de l'action collective en matière de prévention et de traitement des addictions ?

La recherche part de l'hypothèse selon laquelle une prise en charge pertinente des usagers relève d'une approche transversale, plurielle, renforçant les compétences existantes et articulant les activités des différents acteurs des réseaux socio-éducatifs et sanitaires, du secteur résidentiel et du secteur ambulatoire au sein d'un référentiel d'action partagée. Quelles sont les forces et les faiblesses de la prise en charge résidentielle ? Plus particulièrement, quels sont les effets du traitement résidentiel sur les bénéficiaires et quelles sont les opportunités qu'il offre en matière de prise en charge des usagers ? Enfin, quels sont les enjeux d'une meilleure intégration de l'offre résidentielle et de l'offre ambulatoire et comment intégrer, le cas échéant, les héritages des référentiels et de leurs dispositifs d'action respectifs sans diluer les compétences acquises au fil du temps ? C'est sur ces questions principales que repose ce travail.

Pour tenter de répondre à ces questions, la recherche a recours à trois méthodes complémentaires de récolte et de traitement des données articulés au sein d'une démarche d'évaluation dite pluraliste visant à rendre compte des dispositifs d'action à travers le croisement des points de vues des acteurs concernés : une analyse documentaire, une approche quantitative à dominante statistique centrée sur les données de base existantes et une démarche qualitative fondée sur 120 entretiens approfondis auprès de l'ensemble des acteurs de l'offre résidentiel et ambulatoire, ainsi que des usagers.

La recherche met en évidence qu'il n'y a pas qu'une seule manière de sortir de l'addiction ou de la gérer ni un seul type de traitement ou de lieu d'accueil possibles pour les personnes en situation de dépendance. Ce constat appelle à un décloisonnement institutionnel et à une meilleure articulation des pratiques de prise en charge. Les institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances constituent un acteur incontournable de la redéfinition des politiques dans un champ majeur de l'action publique. Des usagers aux trajectoires de vie et aux profils sociodémographiques distincts peuvent y bénéficier de prises en charge de plus en plus diversifiées dont les résultats positifs sont corroborés par plusieurs recherches concordantes. Son potentiel de développement est important. Le temps est à l'innovation adaptative.

1 Dans ce document le masculin est utilisé à titre générique, tous les titres, fonctions, positions ou autres désignations doivent être entendus comme masculins et féminins.

L'articulation entre les secteurs résidentiel et ambulatoire offre une réelle opportunité d'amélioration de la continuité des traitements au bénéfice d'une prise en charge plus efficace. La mise en œuvre de fonctions transversales pour garantir la cohérence d'ensemble s'impose afin d'assurer le développement de solutions intégrées qui font leurs preuves et de tirer avantage des héritages institutionnels et thérapeutiques constitués, des savoirs accumulés et des prestations existantes.

Face à une problématique collective majeure, les cantons doivent se donner les moyens d'offrir des traitements adéquats, quelles que soient la situation et les trajectoires des usagers présentant un comportement addictif. Le rapport propose quelques pistes de réflexion organisées autour de plusieurs axes principaux :

- la redéfinition commune des objectifs à atteindre par les différents acteurs de l'offre, du concept de prise en charge, des prestations à mettre en œuvre, des groupes cibles, des partenaires du réseau de traitement et de prévention des addictions ;
- la recomposition et l'ajustement des prestations de l'offre résidentielle et sa reconnaissance en matière de traitement des personnes souffrant de problèmes d'addiction ;
- l'organisation d'interfaces appropriées entre le secteur résidentiel et ambulatoire permettant de les considérer comme des chaînes complémentaires d'un système cohérent de traitements ;
- la formalisation de procédures d'indication et de collaboration permettant d'assurer une continuité des soins, le respect d'un projet thérapeutique partagé, la transparence au niveau de la prise en charge ;
- le développement de la formation et de l'information en matière d'offre intégrée afin de capitaliser les bonnes pratiques et diffuser les acquis de connaissance.

Synthèse et recommandations

1. Introduction

L'évolution de l'action collective en matière de prévention et de traitement des addictions s'inscrit dans un processus continu de renforcement et d'élargissement de l'offre publique de prise en charge des personnes dépendantes à une substance. Cette évolution s'est traduite, au sein de la structure de l'offre de prestations, par le développement, dans un premier temps, de prestations articulées autour d'institutions résidentielles de traitement et, à partir des années 1990, dans le cadre de l'élargissement de l'action publique au niveau de la réduction des risques et des traitements de substitution, autour de structures de type ambulatoire.

Au niveau des prestataires, cette segmentation de la structure de l'offre entre un pôle résidentiel et un pôle ambulatoire s'inscrit dans un héritage qui, durant longtemps, s'est cristallisé autour de référentiels d'action distincts et de définitions de la toxicomanie parfois antinomiques. Cette bipolarisation a entraîné une certaine situation de concurrence entre les deux segments de l'offre peu favorable à une approche intégrée du traitement des dépendances dans un contexte général de réduction des ressources financières.

Depuis la fin des années 1990, une tendance à l'affaiblissement de la place du résidentiel au sein de la prise en charge des dépendances est identifiée. Cependant, face à la prévalence de certaines situations sociales et psychopathologiques lourdes et à l'évolution des profils des personnes dépendantes de substances psychoactives, cette relativisation de la place du résidentiel pourrait avoir trouvé ses limites, renforçant l'idée de la nécessité d'une approche intégrative et transdisciplinaire favorisant des prises en charge articulées sur la complémentarité des prestations en fonction des situations spécifiques des usagers et de leurs trajectoires.

Dans ce contexte, la Coordination romande des institutions œuvrant dans le domaine des addictions (CRIAD) a mandaté une étude à l'Observatoire de la ville et du développement durable de l'Université de Lausanne visant à réaliser une évaluation pluraliste de l'offre résidentielle de traitement des dépendances et de ses articulations avec le secteur ambulatoire². La spécificité de la méthodologie adoptée dans cette étude, qui a reçu le soutien du GRAS et de la CLASS, consiste à associer l'ensemble des acteurs des dispositifs au processus d'évaluation. La pluralité des instances d'évaluation enrichit le jugement, faisant à chaque fois reculer la partialité au bénéfice de l'intersubjectivité. Les résultats de la recherche reposent ainsi sur deux sources principales : une analyse documentaire préalable et 120 entretiens réalisés avec l'ensemble des acteurs concernés dont la moitié a été réalisé avec des usagers. Les principaux résultats de ces analyses sont présentés ici brièvement.

Ce résumé identifie aussi quelques recommandations ou pistes de réflexion indexées aux questions de recherche proposées de concert avec le mandant. Un groupe d'accompagnement issu du milieu des institutions a suivi le développement du projet durant les 18 mois de déroulement. Il a été composé de Madame Annick Clerc Bérode (Collaboratrice scientifique, Ligue Valaisanne contre les toxicomanies, Sion) et Messieurs Pierre Mancino

2 Les institutions résidentielles considérées dans cette recherche proposent des traitements et un accompagnement à des personnes en situation de dépendance à tout type de substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience. A cet égard, une substance - appelée aussi drogue - est un produit susceptible d'entraîner une dépendance physique et/ou psychique. Sous ce terme, nous entendons aussi bien les substances illégales comme le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne que les drogues légales comme la nicotine, l'alcool ou les médicaments. Sauf indication contraire, les termes « toxicomane » et « personne dépendante », comprennent également les personnes avec une consommation problématique d'alcool.

(Responsable du Centre Toulourenc, Association Argos, Genève), Thierry Chollet (Responsable de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme) et Pascal Roudit (Responsable de projet coordination de la CRIAD et adjoint de direction de la Fondation du Relais, Morges). Nous tenons à les remercier vivement pour leur appui constant, leurs questionnements et leurs conseils avisés. Les résultats et les opinions exprimées dans ce rapport restent de l'entière responsabilité des auteurs.

2. Questions de recherche et hypothèse générale

Trois objectifs principaux ont été fixés à la recherche, d'entente avec les mandants : identifier et analyser l'offre du secteur résidentiel au sein des différents cantons romands, ainsi que de la Berne francophone ; évaluer l'impact du séjour et des mesures dont bénéficient les résidents sur leur situation personnelle ; explorer les possibilités offertes par des démarches de collaboration interinstitutionnelle pouvant aboutir à une meilleure utilisation des ressources à disposition, sans péjoration de la qualité et du volume des services offerts.

Le mandat a identifié une série de questions ayant orienté la recherche :

- quels sont les effets du traitement résidentiel sur les bénéficiaires en matière d'insertion sociale, familiale, sanitaire, professionnelle, ainsi que sur leur situation judiciaire ?
- quelles sont les forces et les faiblesses du dispositif résidentiel ? Quelles sont les opportunités qu'il offre en matière de prise en charge des usagers ?
- comment améliorer l'offre résidentielle ? A quelles conditions et de quelle manière est-il possible d'envisager une articulation des potentiels de l'offre de prestations de l'ambulatoire et du résidentiel au profit des usagers dans le cadre d'une prise en charge inscrite dans la durée ?

La recherche part du postulat que le secteur résidentiel peut contribuer à la cohérence et à l'efficacité de l'action publique dans le domaine de la prévention et du traitement de la dépendance à des substances psychoactives. Nous entendons ici par postulat une proposition conjecturale considérée d'envergure suffisamment générale pour justifier une investigation nouvelle visant à l'évaluer. Nous avons aussi formulé l'hypothèse selon laquelle une prise en charge pertinente des usagers relève d'une approche transversale, renforçant les compétences et articulant les activités des différents acteurs des réseaux socio-éducatifs et sanitaires, du secteur résidentiel et du secteur ambulatoire au sein d'un référentiel d'action partagé. Dès lors, la question fondamentale qui nous est posée en matière de piste de réflexion devient : comment intégrer les héritages des référentiels et de leurs dispositifs d'action respectifs sans diluer les compétences acquises ?

3. L'offre du secteur résidentiel en lien avec l'ambulatoire: structures, articulations et représentations croisées

Pour réaliser la partie consacrée à l'évaluation des effets de l'offre résidentielle et de son articulation au réseau ambulatoire et socio-médical, nous avons effectué en tout 60 entretiens auprès de différents acteurs institutionnels : 20 auprès de responsables d'institutions résidentielles, 20 auprès de responsables de structures ambulatoires et 20 auprès de responsables de structures du réseau sanitaire. Les entretiens ont porté sur quelques questions majeures : la conception de la dépendance, l'organisation des prises en charge et

leurs effets sur les usagers, la relation du secteur résidentiel aux autres acteurs œuvrant dans le domaine de la toxicomanie.

3.1. La conception de la dépendance : la nécessité d'une approche interdisciplinaire de la dépendance

L'évolution des connaissances médicales a modifié l'approche de la dépendance qui ne peut plus uniquement s'expliquer par le contexte social et la trajectoire individuelle de la personne toxicodépendante, mais aussi par des facteurs neurobiologiques et génétiques, connaissances imposant une approche intégrée et pluridisciplinaire de l'addiction.

Une des conséquences de cette dernière sur les acteurs de la prise en charge résidentielle est que l'abstinence peut dans certaines institutions être révisée « à la baisse ». Dans ce cas, l'abstinence ne constitue plus le but unique, mais peut être un moyen d'expérimenter un autre état que celui de la dépendance permettant d'identifier les mesures les plus adéquates à adopter. La consommation contrôlée est également considérée comme une possibilité, même si elle n'est pas vraiment, du point de vue des intervenants interrogés, adaptée à la population qui bénéficie des prestations résidentielles. En outre, la substitution à la méthadone est acceptée dans bon nombre d'institutions.

L'abolition de la distinction entre produits légaux et illégaux, telle que défendue par les théories sur l'addiction, est majoritairement adoptée, surtout par les structures dont les usagers consomment principalement des substances illégales. Pour certains représentants de lieux qui accueillent des personnes dépendantes à l'alcool, la remise en question de la distinction entre types de drogues apparaît comme moins pertinente en raison de la présence constante de l'alcool dans notre société qui impose une prise en charge spécifique. Ils évoquent cependant aussi la crainte que d'autres structures, au nom du référentiel de l'addiction, ne leurs prennent des « clients ».

Néanmoins, si le développement des neurosciences et de la psychiatrie entraîne, pour nos interlocuteurs, la nécessité de prendre en compte le champ d'intervention du domaine médical, on perçoit une ambivalence qui, parfois s'exprime par une réticence quant aux conséquences des connaissances médicales sur la prise en charge des usagers, notamment en ce qui concerne les objectifs. En effet, certains représentants du travail social craignent que considérer – ce qui, selon eux, est le cas des médecins – la dépendance comme une maladie chronique empêche la mise en activation de tous les moyens de traitement possibles, attitude favorisant le maintien des usagers dans une situation de dépendance. Dans le même ordre d'idée, certaines personnes interrogées considèrent que la diversité et le nombre de prestations de prise en charge et d'accompagnement des personnes toxicodépendantes rendent plus difficile la sortie de la consommation de produits psychotropes, les différentes prises en charge permettant le maintien, dans des conditions pas trop dégradées, de la consommation.

3.2. Offre résidentielle et prise en charge des usagers : lisibilité de l'offre et transformation du profil et de la situation des usagers

Concernant l'offre en matière d'institution résidentielle, elle se présente, dans la plupart des cantons, comme importante et les prestations qui y sont proposées comme nombreuses et diverses. Le problème est que cette offre est considérée généralement comme peu lisible, en particulier pour les acteurs extérieurs au champ du résidentiel. A la lecture des différents descriptifs d'institutions, le contenu des unes et des autres est insuffisamment compréhensible. Les responsables du secteur résidentiel que nous avons rencontrés relèvent d'ailleurs le fait que le choix des usagers est plus souvent influencé par l'ambiance, le lieu, l'équipe que par le type de programme.

Par rapport à la prise en charge des usagers en milieu résidentiel, la presque totalité des responsables et intervenants du résidentiel que nous avons rencontrés évoquent la nécessité, voire l'obligation, d'avoir dû et de continuer de changer les conditions d'accompagnement et de suivi des personnes accueillies. Cette nécessité de changement est due non seulement à l'évolution des connaissances médicales, mais également au profil et à la situation des usagers accueillis. Selon nos interlocuteurs, la transformation du profil des usagers a modifié la prise en charge résidentielle. Le caractère de marginalité auquel était associée la population des consommateurs de drogues des années 80-90 a été remplacé par des individus présentés comme beaucoup plus désinsérés. Ceux-ci sont décrits comme étant plus souvent polytoxicomanes qu'auparavant et souffrant de problèmes de comorbidité (dépendance et troubles psychiatriques).

Ces usagers connaissent souvent une désinsertion professionnelle et sociale en raison d'une longue trajectoire de toxicomanie, l'introduction de l'ambulatoire ayant eu pour conséquence que les personnes qui arrivent en résidentiel sont celles pour qui l'ambulatoire a échoué et qui, donc, présentent les difficultés les plus importantes car, toujours selon nos interlocuteurs, les plus durables. Dans ce contexte, le résidentiel ne peut plus être perçu comme correspondant, dans la plupart des institutions, à un niveau haut seuil destiné à une population disposant des ressources pour répondre aux exigences élevées (abstinence, vie collective, éventuellement réinsertion professionnelle) de ce type de structures. Le plus souvent, il prend en charge de fait des personnes dont les difficultés et la trajectoire imposent des prestations d'ordre socio-éducatif, notamment pour les plus jeunes, ou de rétablissement ou de maintien d'une situation sanitaire et sociale de base. Il se transforme ainsi en un lieu dont l'accès est plutôt bas seuil, les personnes moins fragilisées recourant d'abord à l'ambulatoire. Les objectifs de la prise en charge résidentielle, à savoir l'abstinence et la réinsertion professionnelle, ne peuvent donc plus être présentés comme absolus. La relativisation de l'abstinence et l'intégration de la substitution constituent en effet des pratiques désormais courantes de certaines institutions. Au niveau des moyens utilisés dans le cadre des traitements résidentiels, le groupe thérapeutique cède la place à une prise en charge plus individualisée.

3.4 Les articulations et la complémentarité du résidentiel avec le secteur ambulatoire et le réseau médico-social : reconfigurations de l'offre et attentes des acteurs

L'élargissement des connaissances des problèmes de dépendance de ces dernières années en même temps que la transformation du profil des personnes toxicodépendantes ont entraîné une complexification de la prise en charge des usagers. Il n'y a pas qu'une seule manière de sortir ou de gérer la toxicomanie, ni qu'un seul traitement ou lieu d'accueil possible. Cette situation a nécessité, de la part des institutions une reconfiguration importante plus ou moins effectuée selon les structures. Elle a marqué la fin de certaines pratiques (arrêt définitif de toute consommation comme but et groupe thérapeutique) et permet, par contre, d'en initier d'autres, notamment l'abstinence sélective et la collaboration avec le réseau ambulatoire et socio-médical.

L'articulation et la complémentarité entre les différents secteurs d'intervention (social et médical) et le type de prise en charge (ambulatoire et résidentiel) sont présentés comme indispensables par l'ensemble des acteurs que nous avons rencontrés pour que le traitement et l'accompagnement les plus adéquats puissent avoir lieu. Le point de vue sur les problèmes de dépendance et les moyens d'y répondre convergent de plus en plus.

Les uns et les autres expriment, à des degrés divers, des attentes face aux autres membres du réseau. Le résidentiel souhaiterait ainsi que les structures ambulatoires n'envisagent

pas le placement résidentiel en ultime recours. L'ambulatoire exprime le besoin d'avoir des lieux résidentiels « bas seuil » qui puissent prendre rapidement et pour une période limitée des usagers en situation de crise sanitaire ou sociale et ce, sans exigence d'abstinence. Le résidentiel et les travailleurs sociaux de l'ambulatoire souhaiteraient que le médical puisse prendre rapidement en charge les usagers qui en ont besoin. L'articulation de la trajectoire d'un usager entre les différentes étapes de sa prise en charge peut, selon certains, être facilitée par un centre d'indication, à condition que celui-ci constitue un soutien à l'aide à l'orientation et non pas une décision rigide. La mise en place, lorsque cela n'est pas le cas, au niveau cantonal, d'un organisme de coordination faciliterait, selon certains, la mise en réseau et l'articulation entre les différentes structures de prise en charge des usagers, quel que soit leur champ d'intervention.

3.5 Les effets du résidentiel : de la réduction des risques à la réinsertion

En plus des effets d'arrêt de la consommation et de mise à distance du produit, de réinsertion sociale, voire professionnelle, habituellement évoqués, les représentants de certaines structures résidentielles expliquent qu'en s'ouvrant à une population de plus en plus fragilisée, les effets du résidentiel peuvent être ceux d'une réduction des risques sociaux. Pour les jeunes adultes, la prise en charge résidentielle peut permettre l'acquisition d'une formation, de compétences professionnelles et une réintégration dans le monde du travail. Le secteur résidentiel constitue aussi, pour l'avenir, une réelle opportunité pour le développement de structures de prise en charge de durée limitée, lors de crises, lorsque l'ambulatoire ne peut pas suffire, mais aussi de durée illimitée lorsqu'il s'agit de trouver un lieu de vie pour les personnes en grande difficulté sanitaire et sociale et pour lesquelles l'intégration professionnelle n'est pas ou plus envisageable, comme par exemple les personnes âgées. Ces pistes sont confirmées par l'étude des perceptions des usagers.

4. Les usagers : profils, trajectoires de vie, satisfaction et perception

Une analyse documentaire préalable a permis de saisir le profil des usagers du résidentiel. Pour analyser les effets de la prise en charge résidentielle sur la situation et la trajectoire des usagers, nous avons réalisé 60 entretiens auprès de personnes ayant bénéficié de prestations résidentielles et ambulatoires. Plus concrètement, l'objectif était d'identifier les effets que les usagers attribuent à leur prise en charge résidentielle sur leur qualité de vie, sur leurs consommations et leur trajectoire dans les institutions de traitement de dépendance (résidentielle, ambulatoire) et rendre compte de l'opinion que les usagers ont des forces et des faiblesses du résidentiel.

4.1 Les usagers du résidentiel : un profil spécifique

Les proportions d'hommes et de femmes admis(e)s dans les institutions résidentielles spécialisées n'ont guère varié au cours des dernières années; elles se situent toujours respectivement autour de 75% et 25%. Du point de vue de l'âge, on observe à la fois un rajeunissement et un vieillissement de la population en situation de dépendance. L'augmentation de la population âgée de 17 à 25 ans concerne principalement des personnes consommatrices de substances illégales, principalement le cannabis. Il n'en demeure pas moins que la moitié des usagers du résidentiel ont plus de 30 ans au moment de leur admission. Un peu moins de la moitié des personnes qui ont commencé un traitement dans le cadre d'un programme résidentiel en 2008 l'ont fait principalement de leur propre initiative. Parmi les autres usagers, on trouve notamment ceux/celles qui ont fait l'objet d'une décision de justice (15%) ou qui ont été adressé(e)s par un service de consultation ambulatoire (8%). Dans 10% des cas, ce sont les proches (partenaire, famille, amis) qui

sont principalement à l'origine de la demande d'admission. Ces résultats globaux peuvent varier naturellement selon les cantons et/ou les institutions.

La statistique actuelle ne reconnaît pas de signes de recul significatifs du nombre de personnes consommant des opiacés et de la cocaïne. La situation est différente en ce qui concerne le tabac, l'alcool ou le cannabis à propos desquels on observe une nette augmentation de la consommation, notamment chez les jeunes. La hausse des troubles psychiques associés à une addiction, quel que soit l'âge des personnes, est un constat généralement partagé.

Selon une étude récente comparant les profils des usagers du résidentiel et de l'ambulatoire, les institutions résidentielles accueillent une proportion plus élevée de personnes ayant déjà suivi au moins un traitement par le passé, ayant une situation de logement instable ou dont le statut professionnel ou le niveau de formation est élevé. Une partie non négligeable de la population en situation d'addiction vieillit. Une meilleure prise en charge fait que la survie est plus longue, pouvant créer une situation problématique par manque de place dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Il est aussi admis qu'un traitement résidentiel est plus indiqué en présence d'un comportement extrême vis-à-vis de la consommation, en cas de troubles psychiatriques ou cognitifs, lors d'interruptions antérieures de traitements, en présence d'un environnement favorisant la rechute ou encore en cas de mauvaise intégration sociale. En revanche, les prises en charge ambulatoires seraient plutôt appropriées lorsque les ressources personnelles et sociales sont suffisantes, en l'absence de complications médicales, pour préserver un emploi ou encore quand la personne ne peut envisager un séjour résidentiel.

4.2 Les effets de la prise en charge résidentielle : un facteur d'amélioration de la qualité de vie des usagers

Pour évaluer les effets de l'offre de la prise en charge sur les usagers, nous nous sommes référés aux axes de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) dans la mesure où ceux-ci identifient les domaines existentiels les plus souvent évoqués par les personnes qui souffrent d'une addiction. L'appréciation propre aux usagers corrobore les résultats d'autres recherches récentes menées selon des méthodologies différentes (LVT, Argos) et montre que les effets de la prise en charge des institutions résidentielles sont fréquemment perçus comme positifs sur l'ensemble des axes. Menée par des méthodes qualitatives sur un groupe de population restreint (60 personnes), notre enquête met en évidence une amélioration sensible de l'état de santé physique et/ou psychique des usagers. Ce constat est particulièrement évident chez les femmes. Un meilleur contrôle ou une réduction des consommations en termes de volume et de polyconsommation toutes substances confondues est observé, ainsi qu'une stabilisation voire une amélioration de leur situation relationnelle et une certaine stabilisation, des problèmes avec la justice en relation avec différents types de délits, pendant et/ou après le séjour résidentiel.

En revanche, les situations en matière d'autonomie économique et d'intégration socioprofessionnelle apparaissent plus problématiques. Une majorité des personnes interviewées déclarent être dans une grande précarité professionnelle et doivent être aidées financièrement pour survivre (aide sociale, AI). Cependant, la satisfaction relative aux prestations reçues lors du séjour résidentiel est généralement positive.

4.3 Les récits de vie : situation de précarité et diversité des trajectoires, récurrence de facteurs fragilisants

Les parcours de vie des usagers que nous avons interviewés dans les institutions résidentielles et ambulatoires (mais ayant passé un ou plusieurs séjours en résidentiel) montrent clairement des trajectoires diverses, singulières, mais toujours fragmentées. Ils mettent également en évidence des situations de désaffiliation marquées à la fois par la récurrence et la complexité des facteurs fragilisants qui conditionnent l'entrée dans une « carrière de consommateur », l'équilibre émotionnel des personnes, la dégradation (progressive ou par rupture) de l'ensemble de la situation personnelle. Si les trajectoires de dépendance sont diverses, elles comportent des facteurs (ruptures avec le milieu de vie, événements traumatiques, stress prolongé, etc.) expliquant, selon les usagers eux-mêmes, leur problème d'addiction et leur perte d'autonomie sur les plans relationnel et socioprofessionnel. Les problématiques sont cumulatives, dérivant trop souvent sur des parcours judiciaires pénalisants, des problèmes de santé persistants et des prises de soins répétées, une grande fragilité affective et des périodes plus ou moins longues de troubles psychiques associés à des pratiques de consommation compulsive.

Cependant, on observe, sur l'ensemble des trajectoires analysées, une différence majeure entre les parcours de vie des individus consommateurs d'alcool et de ceux consommant d'autres drogues. Les personnes alcool-dépendantes sont en général plus âgées et mieux intégrées socioprofessionnellement que les consommateurs de substances illégales. Ce constat montre l'importance de la différenciation entre les types de substances dans la mise en place de la prise en charge. L'analyse des trajectoires des usagers consommateurs de drogues illicites ou consommateurs d'alcool révèle aussi l'importance du phénomène de comorbidité associé à la consommation, avec le constat que ce double diagnostic est souvent insuffisamment pris en compte dans les trajectoires à l'intérieur des dispositifs.

L'intervention des dispositifs résidentiels constitue un facteur protecteur majeur qui est déterminant dans l'amélioration de leur qualité de vie durant et après le (s) séjour (s), en dépit de retours en arrière parfois importants. Certes, on constate des passages nombreux entre des structures résidentielles, ambulatoires, hospitalières, sociales, etc., durant des parcours peu linéaires, parfois tourmentés. Toutefois, une majorité de personnes interviewées ont une perception positive sur le séjour résidentiel. Plus que les réussites, les situations d'échec parlent en faveur d'une articulation plus forte entre les approches résidentielle et ambulatoire, indiquant la nécessité de considérer conjointement et de manière concertée la prise en charge résidentielle, le suivi médical et l'accompagnement social. Dans certains cas observés, la rigidité des protocoles a complexifié la communication entre les structures pertinentes de prise en charge, freinant la mise en réseau et la réactivité d'un accompagnement adapté aux besoins des usagers. Les ruptures dans les trajectoires des usagers rendent compte de l'importance d'articuler le résidentiel à l'ambulatoire et au réseau médico-social de manière à faire face aux besoins spécifiques des usagers, au cours de leur trajectoire, dans les différentes structures de prise en charge.

5. Éléments de synthèse : forces et faiblesses de la prise en charge résidentielle

Le croisement de l'analyse de ces trajectoires avec l'analyse de contenu des acteurs de l'offre et l'abondante documentation qu'ils nous ont fournie a permis de dresser un tableau des forces et des faiblesses du dispositif résidentiel. Cependant, cette analyse s'est limitée, dans le cadre de cette recherche, à un simple repérage d'éléments relevant des représentations ou des perceptions subjectives des individus rencontrés. Aucune pondération n'a pu être attribuée à ces éléments qui sont ici simplement listés à titre de matériaux de recherche

dont la pertinence serait à confirmer ou à infirmer par des analyses plus approfondies. La liste présentée n'est certainement pas exhaustive, pas plus qu'elle ne peut être référée à des stratégies ou à des positions précises des acteurs qui nous ont livré leurs impressions. Leur seule efficacité est sans doute de nous permettre de tendre un miroir, certainement déformant, du dispositif résidentiel et des représentations croisées dont il est l'objet.

Les forces de la structure résidentielle évoquées par les acteurs sont multiples :

- le secteur résidentiel disposerait d'un héritage de compétences fortes dans le domaine de l'accompagnement psycho-social et/ou socioprofessionnel ;
- l'héritage des institutions et des compétences du secteur résidentiel permettrait :
- l'unicité du lieu et des prestations : une prise en charge, un accompagnement et/ou une régulation de l'intensité des prestations 24 heures sur 24 ;
- la réduction, voire l'arrêt de la consommation des substances en permettant à l'utilisateur de mettre à distance le milieu dans lequel celle-ci a lieu ;
- une prise en charge psychosociale, sociale ou éducative reconnue comme nécessaire dans le traitement et la prévention des situations de toxicodépendance ;
- il faciliterait une mise en protection pour des situations de crise (par rapport à la consommation, logement, santé) ;
- il permettrait aux usagers de faire une pause, de retrouver un rythme, une hygiène de vie, de retrouver une motivation et de mettre en place une insertion sociale progressive, notamment par la vie en collectivité et/ou la mise en place d'une réinsertion professionnelle grâce à diverses prestations et à leur possible mise en réseau avec des employeurs ;
- le secteur résidentiel permettrait de réduire les facteurs de stress des usagers (facteur de rechute, dépressogène) ;
- il permettrait de réduire la délinquance et de renforcer les chances d'insertion sociale.
- le secteur résidentiel offrirait un cadre nécessaire pour des traitements de substitution destinés à des usagers qui manifestent des troubles psychiatriques sévères et multiples ;
- l'offre du résidentiel permettrait une complémentarité de prestations dans certains secteurs de la demande de soins : pour améliorer les résultats de certains usagers, il serait nécessaire de conjuguer différentes prises en charge, médicales, pharmacologiques, sociales et psychotérapeutiques ; le relais dans les institutions résidentielles pourrait ainsi s'avérer nécessaire pour des durées plus ou moins longues.

Les faiblesses du résidentiel mises en évidence par nos interlocuteurs sont les suivantes :

- Il disposerait d'une offre de prestations diversifiée, mais peu lisible et pas toujours adaptée à l'évolution des profils et des besoins des usagers actuels. La faible spécialisation résulterait d'une tendance de chaque institution à élargir son champ des prestations ;
- l'offre serait peu attractive, notamment en raison des exigences posées par la vie en collectivité. Le traitement résidentiel pourrait notamment entraîner une crainte de stigmatisation et d'une précarisation de la situation professionnelle : il imposerait souvent à l'utilisateur, dans les cas de prise en charge de longue durée, d'abandonner son domicile dans un contexte de crise du logement ;
- le traitement pourrait entraîner un affaiblissement de l'auto-responsabilité des usagers et une perte des compétences sociales permettant l'insertion dans un milieu non protégé. Ceci pourrait représenter, pour certains usagers, un risque d'institutionnalisation de la dépendance, un risque de tomber dans une « trappe assistan-

cielle » transitoire-durable ;

- le traitement pourrait selon certains interlocuteurs occasionner un risque plus élevé d'overdoses en cas de rechute post-thérapie. Il aurait ainsi une tendance à sous-estimer des facteurs de rechute post-résidentiels ;
- le secteur résidentiel rencontrerait encore une difficulté à procéder à des ajustements pour accueillir des populations diverses dans les institutions. Il parviendrait de plus en plus difficilement, dans le contexte socio-économique actuel, à réaliser les objectifs de réinsertion professionnelle ;
- la fermeture d'institutions résidentielles, la baisse des taux d'occupation et les modalités de subventionnement risquent d'engendrer une situation de concurrence, des comportements d'enkystement défensif et de fidélisation des usagers, limitant les efforts en faveur d'une articulation des prestations dans le cadre de partenariats centrés sur l'amélioration de la situation des usagers ;
- le secteur résidentiel exige un engagement des usagers et des techniques d'approche par les professionnels qui s'inscrivent dans la durée. Dans un contexte de restrictions des financements, les pouvoirs publics s'interrogent sur sa pertinence en termes de rapport coûts-résultats, ce qui affaiblit les cadres d'action et le regard que les professionnels portent sur eux-mêmes ;
- la nouvelle répartition des tâches entre confédération, cantons et communes menace l'offre « thérapies résidentielles ». Le contexte de rationalisation des coûts et la tendance à une diminution de la prise en charge financière des séjours de thérapie ou des prestations de réinsertion confronteraient le secteur à des difficultés financières qui pèsent sur le renouvellement de ses prestations et sur sa viabilité à plus long terme.

6. Recommandations : des lignes directrices pour une approche plurielle et intégrative, vers une vision stratégique partagée

L'analyse du secteur résidentiel met en évidence ses faiblesses, mais aussi ses forces et son potentiel de développement. De manière assez consensuelle, l'offre en matière d'institution résidentielle se présente comme importante et les prestations qui y sont proposées comme nombreuses et diverses. Une large majorité de professionnels des dispositifs relève que l'approche exclusivement médicalisée doit s'enrichir d'une approche psycho-sociale et que, à l'inverse, la prise en charge psycho-sociale doit être complétée par des savoirs psychomédicaux.

Il est reconnu que l'addiction est un phénomène qui résulte de l'interaction de multiples facteurs, à la fois psychologiques, sociaux et médicaux, impliquant la perte de maîtrise de l'usage d'un produit ou d'un comportement. L'addiction implique une réponse de la collectivité dans plusieurs domaines complémentaires, à savoir le social, la santé, la sécurité, l'éducation. Et s'il n'y a pas de méthode unique pour approcher l'addiction, mais une palette de moyens complémentaires, celle-ci doit être rendue lisible et mise à disposition d'un traitement individualisé dans une visée de construction de trajectoires menant à davantage d'autonomie des individus.

Le champ d'intervention de l'aide aux personnes dépendantes est très diversifié. Cependant, les traitements résidentiels et ambulatoires ont pour finalité commune de permettre aux personnes dépendantes de substances psychoactives de mener une vie plus autonome. Il y a un consensus large sur la politique des quatre piliers. Ceci constitue déjà une garantie d'une volonté assez générale de collaborer à la mise en réseau des compétences diverses.

L'articulation entre les deux secteurs offre une réelle opportunité d'amélioration de la continuité des traitements et de la rétention des usagers au sein des dispositifs de prévention et de traitement des dépendances au bénéfice d'une prise en charge plus efficace. La mise en œuvre de fonctions transversales pour garantir la cohérence d'ensemble s'impose afin d'assurer le développement de solutions intégrées et de tirer avantage des héritages thérapeutiques, des savoirs accumulés et des prestations offertes. Les cantons doivent se donner les moyens d'offrir un traitement, quelles que soient la situation et la trajectoire des usagers présentant un comportement addictif.

La réflexion sur le développement de solutions en matière d'offres intégrées de prestations pourrait s'organiser autour de plusieurs axes :

- la construction d'un référentiel commun et/ou de modèles d'action concertés ainsi que la prise en compte réciproque des concepts de prise en charge afin de parvenir à une définition convergente de la problématique de l'addiction, des troubles qu'elle engendre et de la chaîne de traitements pertinents ;
- la définition commune des objectifs à atteindre par les acteurs, du concept de prise en charge, de l'offre de prestations, des groupes cibles, des partenaires du réseau ;
- la recomposition et l'ajustement des prestations de l'offre résidentielle et la reconnaissance de sa pertinence en matière de traitement de personnes souffrant de problèmes d'addiction ;
- l'organisation d'interfaces appropriées entre les secteurs résidentiel et ambulatoire permettant de les constituer comme des chaînes complémentaires d'un système cohérent de traitements ;
- la formalisation de procédures de collaboration permettant d'assurer une continuité des soins, le respect d'un projet thérapeutique partagé, la transparence au niveau de la prise en charge ;
- la formation et l'information en matière d'offre intégrée afin de capitaliser les bonnes pratiques et diffuser les acquis de connaissance, promouvoir la recherche et l'évaluation, renforcer les compétences des professionnels, promouvoir la recherche, informer des moyens de communication, sensibiliser l'opinion et améliorer les politiques.

La définition de stratégies d'intervention communes et l'institutionnalisation de modèles de coordination et d'échange d'informations pourraient faire cheminer les acteurs vers des modèles d'action toujours plus efficaces aux quatre niveaux d'intervention identifiés : promotion de la santé et prévention, thérapies, réduction des risques, répression. Au-delà de ce constat général, un certain nombre de pistes de réflexion ont été relevées en guise de conclusion, pouvant inspirer une articulation plus efficace des acteurs, des modèles d'action et des prestations fournies. Il s'agirait ainsi de :

- développer des stratégies communes et des concepts thérapeutiques intégrés ;
- adapter et renforcer l'offre de prestations tant du point de vue quantitatif que qualitatif : améliorer la lisibilité de l'offre et préciser un concept de prestations en tenant compte de l'évolution des demandes émergentes ;
- définir des centres de compétences dans les domaines du socio-éducatif et du socio-professionnel ;
- formaliser les collaborations interinstitutionnelles afin de renforcer leurs articulations et la qualité de la prise en charge ;
- renforcer le processus d'indication : mieux articuler la chaîne des prestations résidentielles et ambulatoires, médicales et sociales, afin de garantir de la continuité et de la qualité des soins ;
- mieux articuler les trajectoires des usagers : coordonner et concerter pour mieux

traiter et accompagner, guérir et aider

- renforcer la formation interdisciplinaire et l'information de l'ensemble des acteurs des dispositifs et des usagers ;
- poursuivre les efforts en matière d'amélioration du système d'information statistique ;
- améliorer les conditions-cadre du secteur résidentiel.

La prégnance de la question de l'addiction dans nos sociétés et ses évolutions récentes rappellent la nécessité de rationaliser les efforts, mais aussi d'améliorer les conditions-cadre permettant aux professionnels d'articuler leurs compétences et de mettre à profit leurs outils et leurs héritages institutionnels pour faire face à une problématique complexe de manière durable. Le développement de collaborations favorisant le développement de modèles d'action orientés vers l'intégration des prestations existantes constitue une piste de réflexion pertinente, même si le rôle des gouvernances cantonales et intercantionales dans ce domaine reste d'une complexité certaine.

Quoi qu'il en soit, il semble évident que le processus d'organisation collective du système de soins ne peut être conçu et appréhendé des seuls points de vue de la rationalité des projets envisagés, de contenus des activités réalisées ou d'évaluation des effets produits sur les usagers-patients-clients. Les modalités et le succès des actions d'articulation se réfèrent autant à des projets et des activités qu'à des jeux de collaboration-compétition et de pouvoir entre acteurs. L'articulation entre le résidentiel et l'ambulatoire, le social et le médical sera donc toujours une réalité dynamique en interaction constante avec l'environnement organisationnel et institutionnel qui lui sert de cadre et de support.