

## Les offres résidentielles en matière de traitement des addictions: le temps de l'«*innovation adaptative*»

*Dossier préparé par: Pascal Roduit, responsable de projet CRIAD (Coordination romande des institutions et organisations oeuvrant dans le domaine des addictions)*

*Mai-juin 2012*

**Avertissement:** Le contenu des «dossiers du mois» de l'ARTIAS n'engage que leurs auteur-es

## RESUME

L'évolution de l'action collective en matière de traitement et de réinsertion dans le champ des addictions s'inscrit dans un processus de renforcement et d'élargissement de l'offre – résidentielle et ambulatoire – de prise en charge des personnes dépendantes. Une tendance à l'affaiblissement de la place du résidentiel est identifiée en Suisse depuis la fin des années 1990. Cependant, face à la prévalence de certaines situations sociales et psychopathologiques lourdes et à l'évolution des profils des usagers, cette relativisation de la place du résidentiel semble avoir plus récemment 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: le social, la santé, l'éducation et la sécurité. Dans cette perspective multifactorielle et interdisciplinaire, la sortie de la dépendance ne concerne pas seulement l'affranchissement de pratiques de consommation, mais aussi l'éloignement de situations de vie problématiques. Une «*convergence adaptative*» se dessine ainsi entre les approches médicale et sociale et les acteurs ambulatoire et résidentiel posant la question de leur articulation. Dès lors, comment intégrer les héritages des référentiels et de leurs dispositifs d'action respectifs sans diluer les compétences acquises? Et quelles pistes de réflexion peuvent inspirer des reconfigurations possibles de cette politique publique?

Ce sont les questionnements auxquels l'Observatoire de la Ville et du Développement durable de l'Institut de Géographie de l'Université de Lausanne contribue à répondre dans une étude évaluative sur les institutions romandes publiée récemment<sup>1</sup>.

Le présent article reprend et met en perspective les principaux enjeux que celle-ci a pu mettre en évidence.

## RIASSUNTO

---

<sup>1</sup> DA CUNHA Antonio et al. (2010) «*Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social*», Institut de géographie de l'Université de Lausanne, 164 pages. Disponible en accès libre sur <http://www.criad.ch/web/wakka.php?wiki=LettreRechercheSeptDecembre2010>.

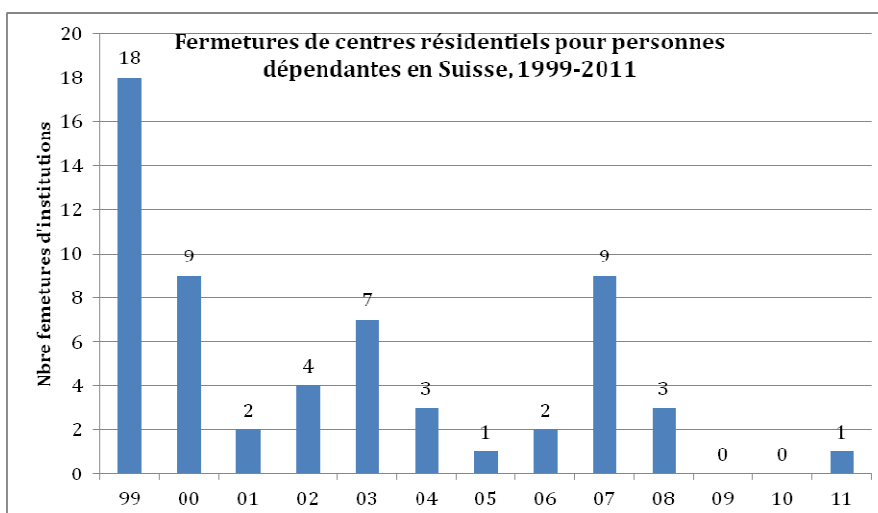
## 1. Définition et contexte

Les travaux effectués il y a quelques années dans le cadre de Fide<sup>2</sup> ont défini les thérapies résidentielles comme des lieux où les personnes vivent ensemble jour et nuit. Ces communautés remplacent les groupes primaires traditionnels de notre société, offrant un cadre de vie substitutif à la vie quotidienne qui permet de suppléer aux domaines de socialisation habituellement fournis (famille, couple, école, travail, loisirs).

Leur but principal est de soutenir la participation de l'individu à la communauté thérapeutique afin qu'il puisse réaliser ses propres objectifs sociaux et psychologiques liés aux changements de modes de vie et d'identité. Cette approche considère les interactions entre l'individu et le groupe comme un processus de traitement. Les thérapies et activités éducatives sont organisées en phase pour refléter une vue incrémentale du processus de changement fondé sur l'abstinence («*seuil haut*»).

Jusqu'à récemment, les thérapies résidentielles et des interventions à seuil plus bas comme par exemple les traitements de substitution étaient considérées comme antithétiques. Dans les premières, l'intervention était conçue comme une action sur l'individu non pas en tant que corps, mais en tant que personne insérée dans un environnement, alors que les secondes se sont fondées sur la conviction qu'il faut guérir la personne à partir de son corps, atteint dans ses fonctions normales par l'usage compulsif.

En Suisse, les institutions résidentielles ont été les premières à prendre en charge des personnes alcooliques dans les années 1960, puis des personnes toxicomanes quelques années plus tard. À la fin des années 1990, le secteur a connu un bouleversement majeur, qui a engendré une érosion les années suivantes: cinquante-cinq institutions résidentielles ont fermé leurs portes en Suisse de 1999 à 2007 (dont quarante-trois uniquement entre 1999 et 2004), principalement pour des raisons financières: victimes du retrait du financement de l'assurance invalidité et/ou en situation de sous-occupation<sup>3</sup>.



Source: Infodrog, monitoring national des institutions résidentielles, [www.infodrog.ch](http://www.infodrog.ch)

<sup>2</sup> BURKHARD P. et al. (2003), «*FidÉ le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances. Manuel*». Berne. COSTE.

<sup>3</sup> [www.infodrog.ch](http://www.infodrog.ch), statistique nationale du traitement résidentiel.

Le développement des connaissances scientifiques, les changements de profil de la population accueillie et les enjeux financiers ont ainsi abouti à une grande complexification pour les prises en charge.

## **2. La conception de la dépendance: la nécessité d'une approche interdisciplinaire**

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 dépendante, mais aussi par des facteurs neurobiologiques et génétiques. L'ensemble de ces connaissances impose une approche intégrée et pluridisciplinaire de l'addiction.

En conséquence, pour les prises en charge résidentielles, 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 s'il semble qu'elle ne serait pas vraiment adaptée à la population qui bénéficie de prestations résidentielles. En outre, les traitements de substitution à la méthadone sont aujourd'hui acceptés dans la plupart des institutions.

L'étude de l'UNIL constate que l'abolition de la distinction entre produits légaux et illégaux est majoritairement adoptée, surtout par les structures dont les usagers consomment principalement des substances illégales. Cependant, pour certaines institutions qui prennent en charge des alcooliques, la remise en question de cette distinction apparaît comme moins pertinente en raison de la présence constante de l'alcool dans notre société, ce qui impose une prise en charge spécifique. Celles-ci évoquent cependant aussi la crainte que d'autres structures, au nom du référentiel de l'addiction, ne leurs prennent des «clients».

Malgré cela, pour les acteurs interrogés dans l'étude, le développement des neurosciences et de la psychiatrie entraîne la nécessité de prendre en compte le champ d'intervention du domaine médical. L'étude met cependant en lumière une ambivalence, une réticence quant aux conséquences des connaissances médicales sur la prise en charge des usagers. En effet, certains travailleurs sociaux craignent que considérer la dépendance comme une maladie chronique empêche l'activation de tous les moyens de traitement possibles, attitude qui favoriserait le maintien des usagers dans une situation sans issue.

De même, d'autres acteurs interrogés considèrent que la diversité et le nombre de prestations de prise en charge et d'accompagnement rendent plus difficile la sortie de la consommation de psychotropes, les différentes prises en charge permettant le maintien, dans des conditions pas trop dégradées, de la consommation.

## **3. Vers une convergence des points de vue**

Selon l'étude, les points de vue sur les problèmes et les moyens d'y répondre convergent de plus en plus: tous les acteurs travaillent dans le même but, même si chaque catégorie de professionnels exprime, à des degrés divers, des attentes face aux autres membres du réseau. Elle rapporte que le résidentiel souhaite que les structures ambulatoires n'envisagent pas le placement résidentiel en ultime recours, alors que ces dernières expriment le besoin d'avoir des lieux résidentiels qui puissent prendre rapidement des usagers en situation de crise, sans exigence d'abstinence.

Les travailleurs sociaux souhaitent que le médical puisse prendre rapidement en charge les usagers qui en ont besoin.

Les centres résidentiels ont ainsi dû reconfigurer leur offre, adaptant leurs objectifs - l'abstinence s'est transformée en «*abstinence sélective*» - et s'ouvrir à la collaboration avec les autres acteurs.

Plusieurs acteurs estiment que des centres d'indication peuvent faciliter la mise en réseau et l'articulation des prestations, pour autant que ceux-ci constituent un véritable soutien à l'orientation. À ce propos, la CRIAD<sup>4</sup> - association faîtière qui rassemble les institutions romandes - estime depuis plusieurs années que la collaboration dans le réseau professionnel est assez bonne pour qu'il soit suffisant de développer des processus d'indication.

#### **4. L'impact du résidentiel sur les trajectoires de vie**

Un autre enjeu important de l'étude consistait à rendre compte de quelle manière les centres résidentiels contribuent à améliorer la qualité de vie de personnes dont le parcours de vie est marqué par de nombreuses ruptures et une grande fragilité. L'existence durable de ces centres est en effet liée à l'efficacité de ce qu'ils entreprennent.

Les entretiens menés par les chercheurs ont mis en évidence une amélioration sensible de l'état de santé des résident-es, particulièrement chez les femmes. Un meilleur contrôle, voire une réduction des consommations de substances psychoactives est observé, ainsi qu'une stabilisation voire une amélioration de la situation relationnelle et une certaine stabilisation des problèmes judiciaires. L'étude de l'Université de Lausanne rejoint ainsi les constats d'autres études réalisées dans certaines institutions quant à l'effet positif des séjours résidentiels sur la qualité de vie de leurs usagers<sup>5</sup>.

En revanche, les progrès en matière d'autonomie économique et d'intégration socioprofessionnelle apparaissent plus problématiques: les usagers interviewés dans l'étude vivaient de l'aide sociale ou de l'assurance invalidité et la majorité ne s'est pas sortie de la «*trappe assistantielle*». Il reste très difficile pour les anciens résident-es de retrouver un travail, une formation et encore plus de la réussir, malgré le fait que les usagers interrogés évoluaient relativement positivement les efforts déployés par les institutions en faveur de leur réinsertion professionnelle. Dans ces conditions de précarité économique, trouver un appartement reste aussi l'une de leurs grandes difficultés.

Les résultats de ces derniers indicateurs sont cependant à relativiser face à la difficulté de la tâche, dans une société où l'intégration est un défi pour tous, en particulier face à la saturation du marché de l'emploi et du logement. Si les institutions arrivent à remettre à flot leurs usagers, la fin de la prise en charge et en

---

<sup>4</sup> Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions.

<sup>5</sup> Voir en particulier CLERC-BÉROD A. (2008), «*Bilan 2002-2007 de l'indice de gravité d'une toxicomanie au sein de la LVT*», Sion. Rapport Ligue valaisanne contre les toxicomanies; QUIROGA D. & VOÉLIN S. (2009), «*Evolution de la qualité de vie de personnes toxicomanes à la suite d'un séjour résidentiel*», Genève. Rapport sur institution Argos.

particulier la sortie d'institution, reste un moment délicat, où les risques de rechute sont nombreux si l'insécurité et le vide prennent le dessus sur l'espoir d'un avenir meilleur. Les professionnels du champ des addictions ne pourront pas faire tout le travail; les acteurs d'autres champs doivent aussi s'impliquer. Il est primordial que les employeurs et les bailleurs puissent aussi donner leur chance aux personnes qui sortent d'institution. Rien qu'en matière de logement, de nombreux séjours peuvent être écourtés, avec de substantielles économies pour les pouvoirs publics qui les financent, si une solution de logement peut être trouvée pour des résident-es qui ont atteint leurs objectifs.

## **5. Les forces et faiblesses cliniques du secteur résidentiel**

Fort des éléments sur la convergence des acteurs et l'analyse des parcours de vie, le rapport de l'UNIL identifie les forces et faiblesses du secteur résidentiel.

Celui-ci dispose d'un héritage de compétences fortes dans le domaine de l'accompagnement psychosocial et socioprofessionnel: unicité du lieu et des prestations avec une prise en charge et une régulation de l'intensité des prestations 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

En particulier, il faciliterait une mise en protection pour des situations de crise (par rapport à la consommation, logement, santé). Il permettrait de faire une pause, de retrouver un rythme, une hygiène de vie, de retrouver une motivation et de mettre en place une insertion progressive, notamment par la vie en collectivité. Il permettrait aussi de réduire les facteurs de stress des usagers (facteur de rechute). Il offrirait aussi un cadre nécessaire pour des traitements de substitution destinés à des usagers qui manifestent des troubles psychiatriques sévères.

En revanche, le secteur garde des faiblesses: il disposerait d'une offre encore peu lisible et pas toujours adaptée à l'évolution des profils et des besoins des usagers actuels. Sa faible spécialisation résulterait d'une tendance de chaque institution à élargir ses prestations sans forcément être attentive à ce que font les autres institutions.

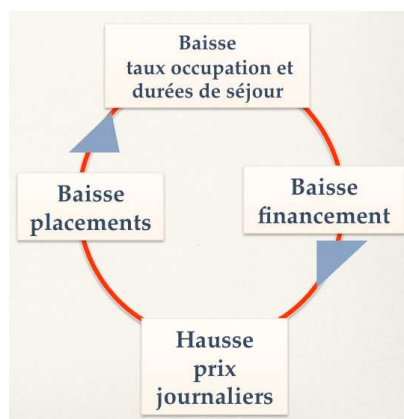
L'offre résidentielle semble aussi être peu attractive, en raison des exigences posées par la vie en collectivité, dans un contexte sociétal dont les valeurs restent individuelles. Le traitement pourrait ainsi entraîner un affaiblissement de l'auto-responsabilité des usagers et une perte de compétences sociales pour accéder à un milieu non protégé («*institutionnalisation de la dépendance*»). Selon certains acteurs interrogés dans l'étude, le traitement résidentiel pourrait même occasionner un risque plus élevé d'overdoses en cas de rechute post-thérapie.

## **6. Les risques du secteur résidentiel: le cercle de causalité circulaire et cumulative**

Le durcissement des conditions-cadre et les transformations induites telles que la médicalisation des traitements, un transfert des charges de la collectivité vers les individus, les rationalisations au niveau du personnel, la compétition destructrice entre les institutions et les comportements qu'elle pourrait engendrer, pourraient



placer les institutions résidentielles vers ce que les auteurs de l'étude appellent un «*cercle de causalité circulaire et cumulative*» susceptible de mettre en cause leur viabilité à long terme:



Le risque de fermeture selon le rapport UNIL:  
un risque de «*causalité circulaire et cumulative*»

La rationalisation des coûts et la tendance à une diminution des sources de placements confronteraient le secteur à des difficultés financières qui pèseraient sur le renouvellement de ses prestations et sur sa viabilité à plus long terme.

La fluctuation et la baisse des taux d'occupation et les modalités de subventionnement risqueraient aussi d'engendrer une situation de concurrence, des comportements qu'ils appellent «*enkystement défensif*» et de «*fidélisation des usagers*» (c'est à dire le fameux «*réflexe hôtelier*»), limitant les efforts en faveur d'une articulation des prestations dans le cadre de partenariats centrés sur l'amélioration globale.

La pression économique pourrait amener les pouvoirs publics à recentrer l'offre sur des demandes considérées comme prioritaires et à court terme et ainsi affaiblir les leviers d'une action à long terme axée sur les objectifs d'insertion sociale et professionnelle: la réinsertion prend du temps.

## 7. L'enjeu des placements inter- et intracantonaux

Pour donner un exemple du risque d'origine économique identifié par les auteurs, citons les politiques tarifaires pratiquées sous le régime de la Convention intercantonale des institutions sociales, aujourd'hui ratifiée par tous les cantons romands.

Certains cantons organisent une politique de prix qui sont les mêmes pour ressortissants cantonaux et extracantonaux. Dans d'autres, qui effectuent des subventions directes pour les institutions qui sont sur leur territoire, les prix intracantonaux sont jusqu'à quinze fois moins chers que les prix extracantonaux. Mais surtout, les prix de journées facturables pour les placements extracantonaux peuvent y atteindre des niveaux prohibitifs, frôlant voire dépassant la barre des 500 francs par jour. En conséquence, pratiquement plus aucun placement extracantonal n'a lieu dans ces cantons.

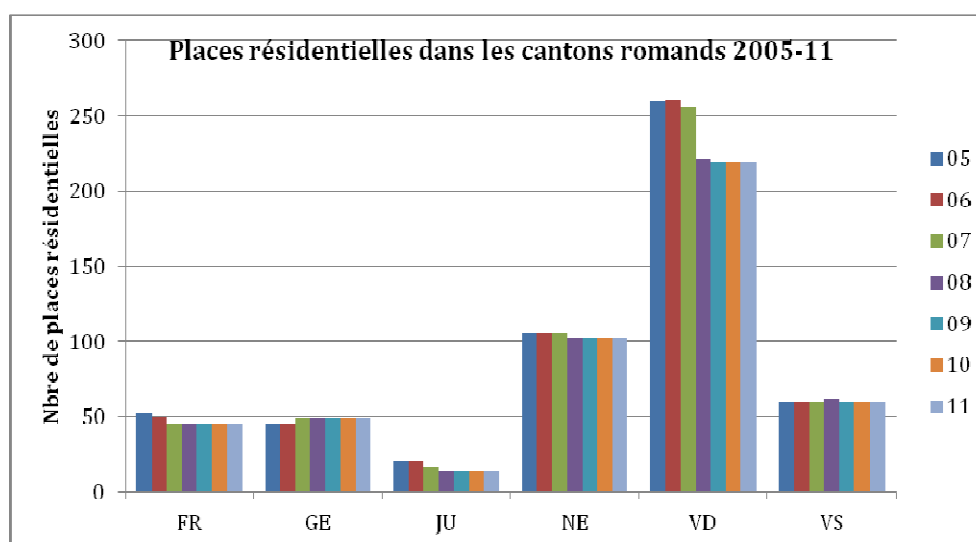
L'obligation pour les cantons de se doter de plans stratégiques, dans le cadre de la mise en œuvre de la LIPPI<sup>6</sup>, est aussi un élément qui va dans le sens de politiques de prix et de placements développées au niveau cantonal.

De telles différences de pratiques tarifaires peuvent comporter des risques non seulement pour certaines institutions qui peuvent se voir privées de sources potentielles de financement, mais aussi pour la population qui voit l'offre de traitement ou de réinsertion se réduire de façon importante.

Ce risque de cloisonnement se confirme dans les faits, avec une baisse très nette des placements intercantonaux dans le pays: ceux-ci ont vu leur part sur l'ensemble des placements baisser d'un placement sur deux en 1999 à environ 25-30%, chiffres stables depuis le milieu des années 2000<sup>7</sup>. Dans la petite Romandie, les proportions sont encore plus basses: leur part, qui était de 25% à la fin des années 1990, s'est stabilisée à un plancher d'environ 10% ces dernières années.

En revanche, l'impact de cette diversité sur le potentiel de survie des institutions romandes doit être relativisé. Les cantons romands ont mis en œuvre des politiques fortes pour l'aide aux personnes en situation de dépendance et de précarité sociale après le retrait du financement fédéral: relativement peu de structures résidentielles ont fermé en Suisse romande comparativement au reste du pays (4 fermetures en Romandie sur 59 au niveau national de 1999 à 2011) et plus aucune n'a eu lieu en Suisse romande depuis 2008<sup>8</sup>.

Le graphique montre aussi que le secteur a connu un nouveau passage à vide il y a quelques années (seulement 78,3% d'occupation en Suisse romande en 2007, contre 84% au niveau national). C'est dans le canton de Vaud que la majorité des places a été perdue, alors qu'il pratique une politique tarifaire unifiée entre placements intra- et extracantonaux.



Source: Infodrog, monitoring national des institutions résidentielles, [www.infodrog.ch](http://www.infodrog.ch)

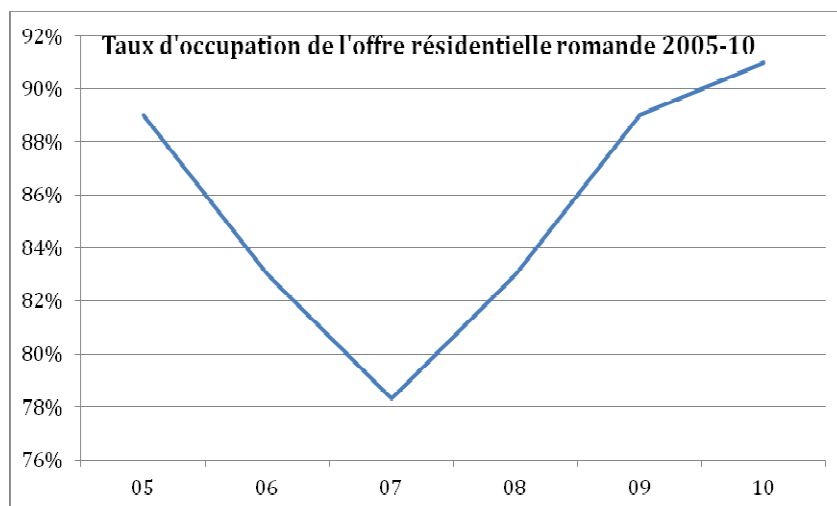
<sup>6</sup> Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides.

<sup>7</sup> Infodrog, «Institutions de thérapie résidentielle suisses: Taux d'occupation et situation des flux inter-cantonaux en Suisse», rapports effectués chaque année remplis par 65 institutions en Suisse.

<sup>8</sup> Infodrog, Monitoring annuel des institutions résidentielles en Suisse romande.



Face à la baisse du taux d'occupation en 2006-07, des places ont été supprimées en Suisse romande pour se stabiliser (baisse à 494 places en 2008, puis stabilité à 490 dès 2009), mais on remarque sur le graphique suivant que le taux d'occupation est remonté dès 2008 pour rester à un niveau assez élevé dès l'année suivante (91% d'occupation au niveau romand en 2010, par rapport à 89,5% au niveau national).



Source: Infodrog, monitoring national des institutions résidentielles, [www.infodrog.ch](http://www.infodrog.ch)

Sommes-nous arrivés à une offre «optimale» pour satisfaire la demande? L'étude quantitative du BASS, publiée tout récemment, consacrée aux institutions de plusieurs cantons alémaniques<sup>9</sup> confirme le constat qualitatif de l'étude de l'UNIL sur un redressement des centres résidentiels: après une période de développement de 1979 à 1996, une période de démantèlement de 1997 à 2004, une période de reconstruction de 2005 à 2008, le BASS identifie une période d'équilibre et de retour au calme sur ce marché, avec peu de changements depuis 2009<sup>10</sup>.

## 8. Les opportunités grâce auxquelles le secteur résidentiel peut se maintenir ou se développer

Pour les auteurs de l'étude, le secteur résidentiel reste une solution d'avenir, à condition qu'il saisisse les opportunités qui s'offrent à lui. En effet, selon eux, les dispositifs résidentiels permettraient d'éviter le risque d'une discontinuité des soins. Leurs potentiels en matière de diversification de l'offre d'hébergement constitueraient un atout considérable en regard de l'évolution des besoins. En effet, le relais dans les institutions résidentielles pourrait s'avérer nécessaire pour des durées plus ou moins longues pour différents types de population:

- les jeunes consommateurs dont les effectifs sont en augmentation et dont la prise en charge socio-éducative est essentielle;
- les personnes faisant l'objet d'un double diagnostic (souffrant de troubles psychiatriques sévères et multiples) et généralement fortement désaffiliées;
- les populations toxicomanes vieillissantes qui demandent également une offre résidentielle adéquate.

<sup>9</sup> GEHRIG M. et al. (2011), «Finanzierung der stationären Suchthilfe. Eine ökonomische Analyse der Problemstellungen, die dem bestehenden Finanzierungssystem inhärent sind. Begleitbericht zur Befragung der Kantone». BASS. Berne (études de cas sur AG, BE, BS, BL, SG)

<sup>10</sup> Cependant, rien n'est jamais acquis: au moment de la rédaction de cet article, il semble qu'un certain nombre de places ont à nouveau été supprimées en Suisse romande pour l'année 2012.

Pour les jeunes, l'opportunité consiste à offrir des tremplins pour reconstruire un projet d'insertion socioprofessionnelle suite à des ruptures familiales et d'apprentissage. Quant aux personnes dépendantes déjà chronicisées dans leur santé et leur désinsertion, elles peuvent vivre aujourd'hui plus longtemps grâce aux prestations de réduction des risques et de nouveaux traitements contre les maladies infectieuses, mais ne peuvent intégrer les lieux de soins et EMS conventionnels à cause de leurs traitements médicaux spécifiques et des prestations socio-éducatives qui restent toujours à déployer.

Le secteur résidentiel pourrait ainsi permettre une complémentarité de prestations dans certains secteurs de l'offre: pour améliorer les résultats, il serait nécessaire de conjuguer différentes prises en charge, médicales, pharmacologiques, sociales et psychothérapeutiques.

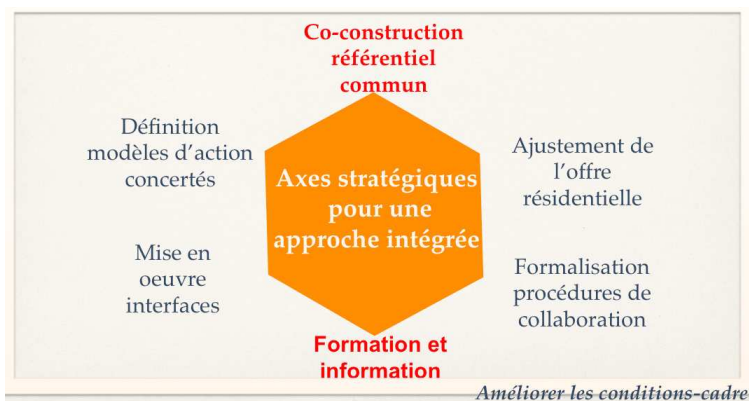
Les programmes résidentiels traditionnels à «*haut seuil*» ont été remis en cause par des interventions à «*seuil médian*»: demandes d'admission d'usagers sous thérapies de substitution par les traitements médicamenteux des comorbidités et les approches de la consommation contrôlée. L'heure est donc pour les institutions à une «*évolution adaptative*», mais aussi à une recherche de nouvelles articulations avec un environnement professionnel complexe et changeant.

## 9. En guise de conclusion: les pistes de réflexion pour l'avenir

La recherche met ainsi en évidence qu'il n'y a pas qu'une seule manière de sortir des conduites addictives ou de les gérer, ni un seul type de traitement ou de lieu d'accueil possible. Ce constat appelle à un décloisonnement institutionnel et à une meilleure articulation des pratiques de prise en charge. Selon les auteurs, l'articulation entre les secteurs résidentiel et ambulatoire offre ainsi une réelle opportunité d'amélioration de la continuité des traitements.

Les institutions résidentielles constituent toujours un acteur incontournable de la redéfinition de la politique du champ des addictions. Des usagers aux trajectoires de vie et aux profils sociodémographiques distincts peuvent y bénéficier de prises en charge de plus en plus diversifiées.

Seule une approche intégrée permettra l'«*innovation adaptative*», mais ne pourra se pérenniser que si les conditions-cadre sont favorables. À la fin de leur rapport, les auteurs donnent des axes stratégiques qu'il sera important de tenir à l'avenir pour l'amélioration de ces conditions:



Les axes stratégiques pour une approche intégrée des addictions

Il s'agit d'abord de redéfinition en commun des objectifs à atteindre par les différents acteurs de l'offre, des concepts de prises en charge, des prestations à mettre en œuvre, des groupes cibles, des partenaires du réseau de traitement et de prévention des addictions. Une fois cette mise à plat effectuée, il faudrait recomposer et ajuster les prestations de l'offre résidentielle et sa reconnaissance en matière de traitement des problèmes d'addiction.

Pour cela, les auteurs recommandent de continuer à organiser des interfaces appropriées entre les secteurs résidentiel et ambulatoire permettant de les considérer comme des chaînes complémentaires d'un système cohérent. Il s'agit en particulier de procédures d'indication et de collaboration à formaliser afin d'assurer une continuité des soins, le respect d'un projet thérapeutique partagé et de favoriser la transparence entre les acteurs.

Pour favoriser cette articulation des prestations, il faut accorder de l'importance au développement de la formation et de l'information en matière d'offre intégrée. Il s'agit en effet de capitaliser les bonnes pratiques, et diffuser les acquis de connaissances.