

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.

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 de ses prestataires, cette segmentation de la structure de l'offre entre un pôle résidentiel et un pôle ambulatoire s'inscrit dans un héritage professionnel 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.

Avec l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), ces derniers sont contraints de financer les institutions socio-éducatives pour personnes handicapées et en difficulté sociale. Les conséquences financières de cette introduction viennent s'ajouter à celles de l'entrée en vigueur de la décision de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de ne plus considérer la toxicomanie en tant que telle comme une cause suffisante d'invalidité (1998). La participation financière de l'Assurance invalidité au financement des traitements résidentiels est dès lors remise en question. Les communes et les cantons sont ainsi contraints de prendre en charge les bénéficiaires ne disposant pas d'un revenu suffisant. Les conséquences de ces mutations au niveau des conditions- cadre semblent déjà perceptibles dans les pratiques de certains services placeurs qui tendraient à recourir à une comparaison des coûts entre la variante ambulatoire et la variante résidentielle. Cette situation pourrait remettre en question certaines recommandations de la « *Commission fédérale pour les questions liées aux drogues* », en particulier la nécessité de « *combiner divers modèles thérapeutiques* ».

Depuis la fin des années 1990, une cinquantaine d'institutions résidentielles ont fermé leurs portes en Suisse. En revanche, l'offre de traitement ambulatoire a mieux résisté à cette évolution. Une tendance à l'affaiblissement de la place du résidentiel au sein de la prise en charge des dépendances s'est ainsi dessinée, qui pourrait également s'inscrire dans le contexte, aussi mis en évidence au sein d'autres pays européens, de la médicalisation du traitement des dépendances. Cependant, face à la prévalence de certaines situations sociales et psychopathologiques lourdes, 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 trajectoires de prise en charge articulées sur la complémentarité des prestations en fonction des situations hétérogènes des usagers.

Les conceptions actuelles en matière de traitement des addictions favorisent cette approche plus intégrée de la problématique de la dépendance. En optant pour un élargissement, une diversification des moyens d'action et un approfondissement de l'action publique menée au cours des années 1990, les pouvoirs publics ont en effet voulu renforcer la prévention et la prise en charge des consommateurs en abolissant notamment la distinction qui prévalait jusque-là entre substance psychotropes légales et illégales et en portant davantage leur attention sur les comportements d'usage de consommation.

Dans cette perspective, notre recherche a été orientée par une hypothèse de travail principale : l'articulation entre les prestations du résidentiel et de l'ambulatoire permet de renforcer l'éventail de l'offre de mesures et d'assurer ainsi une prise en charge qui soit la mieux adaptée aux besoins individuels dans le cadre d'une approche combinant la prévention, la réduction des risques et le traitement.

L'évolution de l'environnement institutionnel et financier reste toutefois une menace pour les institutions résidentielles. En effet, le nouveau modèle de financement prive le secteur résidentiel de ressources nécessaires pour assurer la couverture complète des coûts de ses prestations. La décision de l'OFAS confronte les cantons à des situations de restrictions budgétaires. La mise en œuvre de la réforme de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), qui impose à ces derniers la planification et le subventionnement des prestations pour personnes handicapées, tend à transférer le financement des institutions résidentielles de traitements vers les cantons. 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 ambulatoire.

L'hypothèse de la pertinence d'une approche transversale combinant les différents acteurs du réseau socio-éducatif et thérapeutique nous a amenés à poser deux questions de recherche, à savoir : comment se structure l'offre et quels sont les effets du traitement résidentiel sur les bénéficiaires en matière d'insertion sociale, familiale, sanitaire, professionnelle, ainsi que sur leur situation judiciaire ? 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 ? Ainsi, trois objectifs principaux ont été fixés, 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 : référentiels d'intervention, modèles d'action, mesures et modes de prise en charge des usagers, collaborations interinstitutionnelles;
- évaluer l'impact du séjour et des mesures dont bénéficient les résidents sur leur situation personnelle ; cinq axes d'analyse référés à l'indice de gravité d'une toxicomanie adulte (IGT) ont été retenus : l'état de santé physique et psychique ; la situation en forme de dépendance ; les relations familiales et interpersonnelles, l'emploi et les ressources, la situation judiciaire ;
- situer les enjeux d'une meilleure intégration de l'offre résidentielle et de l'offre ambulatoire ; 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.

Dans une première partie, nous explicitons brièvement quelques aspects relatifs au cadre d'analyse, à la démarche et aux méthodes d'analyse mobilisés. Le deuxième chapitre explore l'offre résidentielle à travers les représentations de leurs acteurs. Nous abordons ensuite les résultats d'une série d'entretiens avec les usagers destinés à évaluer l'incidence des dispositifs sur leur qualité de vie à travers une analyse qui restitue leurs trajectoires de vie et leurs appréciations relatives à la manière dont leurs besoins ont été pris en charge. Enfin, dans un dernier chapitre nous rendons compte, de manière synthétique, des forces et des faiblesses, des risques mais aussi des opportunités du secteur résidentiel et nous esquissons quelques pistes de réflexion visant à la création de synergies entre les dispositifs au bénéfice d'une meilleure prise en charge des usagers.

La littérature scientifique dans le domaine que nous avons exploré est très vaste. L'exigence de synthèse nous a contraints parfois à emprunter des raccourcis qui ne rendent de loin pas compte de la complexité des thèmes abordés. Nous avons aussi volontairement allégé le texte d'une série de références bibliographiques qui sont renvoyées en annexe afin d'en faciliter la lecture. Le rapport met l'accent sur les acquis de connaissances plutôt que sur le processus de construction critique des résultats. L'ambition générale est moins de codifier un savoir achevé, sûr de ses méthodes et de son objet, que de témoigner de la richesse et de la vitalité, mais aussi des difficultés, de l'incertitude et de l'inconfort qui entourent l'action collective dans un domaine majeur de la santé publique.

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 par Madame Annick Clerc Bérood (Collaboratrice scientifique, Ligue Valaisanne contre les toxicomanies, Sion) et Messieurs Pierre Mancino (Responsable du centre Toulourenc, Association Argos, Genève), Thierry Chollet (Responsable de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme), Pascal Roduit (Responsable de projet coordination de la CRIAD ; adjoint de direction à l'Association du Relais, Morges). Nous tenons à les remercier vivement pour leur appui constant et leurs conseils avisés. Les résultats et les opinions exprimés dans ce rapport restent de l'entière responsabilité des auteurs.

2. Cadre d'analyse et démarche

L'analyse de l'évolution des politiques publiques en matière de prévention et de traitement de la dépendance à des substances psychotropes légales et illégales permet de comprendre qu'à chaque contexte socio-économique et politique correspondent des formes et des interprétations particulières du phénomène fondées sur des approches scientifiques et des expertises scientifiques également distinctes. Ces contextes évolutifs renvoient à des logiques d'intervention, à des politiques et à des instruments d'intervention en transformation permanente. Autrement dit, à chaque contexte correspond une manière d'interpréter et de prendre en charge collectivement les problèmes de dépendance à travers des politiques résultant de systèmes de contraintes et de ressources, d'enjeux et de stratégies des acteurs concernés aux différents niveaux de gestion ou de gouvernance.

Ce constat général permet de définir l'angle d'attaque de l'analyse que nous proposons ici, relative au secteur résidentiel et à son positionnement dans les dispositifs actuels de traitement et de prévention des addictions. Par là même, il permet de préciser les axes de notre plan de recherche, le traitement des problèmes posés et les pistes de réflexion esquissées pour y répondre. Ces axes d'analyse interrogent en fait plusieurs dimensions de la notion de changement de référentiel de l'action publique et se situent à la croisée de plusieurs types de décalage entre des représentations et des cultures professionnelles qui structurent l'offre actuelle de traitements et de prestations ainsi que le jeu d'acteurs et de relations entre les secteurs et les territoires de l'action publique dans le domaine de l'addiction.

D'une manière générale, si les apparences plaident aujourd'hui en faveur d'une certaine convergence entre les modes d'intervention du secteur résidentiel et de l'approche ambulatoire, on s'aperçoit que la diversité des structures institutionnelles concourent à la production de solutions ou de prestations bien différenciées dont l'articulation mérite réflexion. La notion de référentiel soutient notre analyse et permet d'explicitier brièvement la démarche d'évaluation pluraliste proposée.

2.1. La notion de référentiel, un analyseur : héritages et processus d'ajustement

L'évolution de l'action collective se réalise de façon incrémentale au gré des changements des perceptions et des représentations des problèmes sociétaux et le plus souvent en fonction des opportunités ou des contraintes spécifiques à chaque décision. Des conceptions de l'action publique, des institutions, des instruments et des types de prestations se sédimentent et se juxtaposent ou s'articulent ainsi progressivement dans des champs d'intervention spécifiques, témoignant d'héritages et de processus d'apprentissage permettant de rendre compte du poids de décisions antérieures, mais aussi de la capacité d'innovation des institutions et des acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques.

L'histoire passée et institutionnalisée sous forme de règles, d'institutions administratives ou de pratiques des acteurs attire notre attention sur le fait que le processus d'intervention publique dans un domaine quelconque ne s'effectue jamais à partir du degré zéro, mais toujours sur la base d'une appréciation des efforts déjà engagés. La notion d'apprentissage met alors en évidence la possibilité d'évolution de ses héritages, de la transformation des conceptions des problèmes et des solutions les plus adéquates, à travers de processus d'ajustement, le plus souvent en réaction à l'analyse des incidences des politiques déjà mises en œuvre et sous l'effet des questionnements sur la manière d'améliorer l'action publique afin de répondre à des problèmes anciens ou émergents qui orientent les débats sur le changement et sur lesquels différentes conceptions s'opposent.

La notion de référentiel constitue justement un analyseur des idées en action, insistant sur les fondements ou le sens des régulations nouvelles ou anciennes et la légitimation de l'action publique. Dans sa définition générale, le référentiel s'apparente à une « *structure de sens* » ou une « *image sociale* » qui oriente et organise le champ d'une politique (Jobert, Muller, 1987 ; Muller 1995). Le référentiel définit une sorte de cadre intellectuel qui permet de baliser l'intervention des différents acteurs au niveau global ou dans un secteur donné.

Modèle compréhensif par excellence, le référentiel pose comme préalable à l'analyse le caractère virtuellement intelligible de l'action publique. Ainsi que nous pouvons l'observer au sein de la figure 1, la notion de référentiel peut se décliner schématiquement dans un modèle d'action qui se définit par : des objectifs, des instruments et des mesures qui doivent être élaborés, conçus et mis en œuvre ; des catégories d'acteurs qui devront être amenés à intervenir dans le cadre de la prise en charge de populations d'usagers.

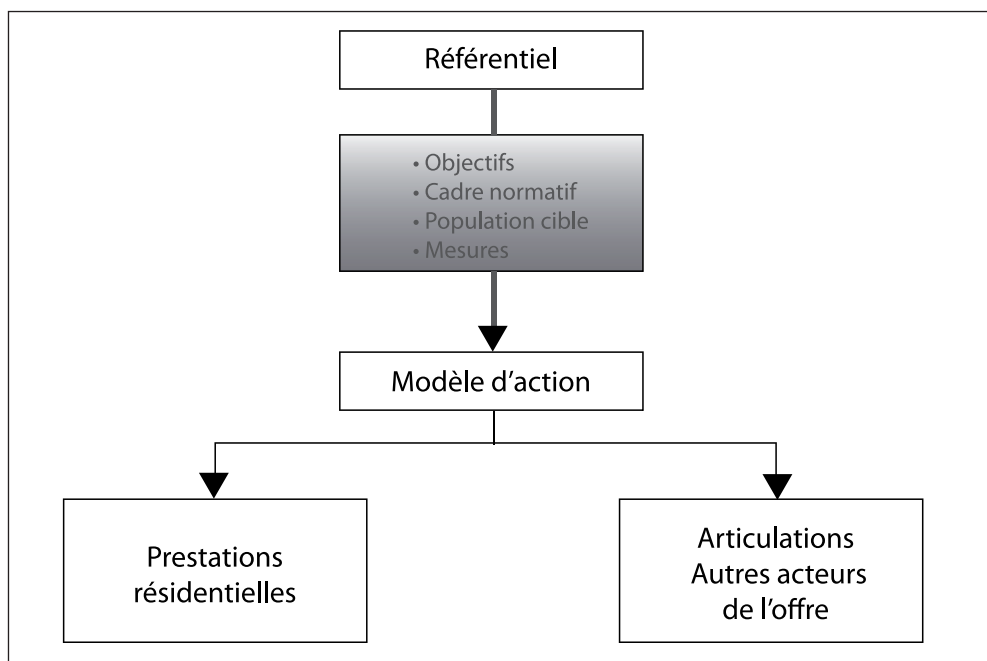


Figure 1. : Dimensions analytiques de la notion de référentiel : le modèle d'action

Comme toute politique publique, l'action en matière de prévention et de traitement des dépendances aux substances psychoactives repose et opère à travers des modèles de référence, des codes ou des conceptions issus souvent de l'interaction entre une multiplicité d'acteurs externes ou internes à un secteur et qui assurent la continuité de l'action collective. La notion de référentiel nous permet de proposer une grille d'analyse des dispositifs en présence articulée sur les différentes dimensions de l'action publique : référentiel ; modèle d'action ; prestations (résidentielles et ambulatoires) ; prestataires de l'offre et acteurs institutionnels. Défini en termes d'objectifs, de population-cible et de modalités de prise en

charge des usagers, le modèle d'action décline également les modalités d'usage de ces instruments et mesures. Au sein des instruments, nous retiendrons dans notre analyse la dimension relative aux prestations. Nous recourrons ainsi au terme générique d'offre de prestations et, plus spécifiquement, au niveau de son contenu, de prestations résidentielles - institutions résidentielles de traitement thérapeutique - et de prestations ambulatoires - structures ambulatoires. Pour la dimension relative aux acteurs, nous distinguerons les prestataires de l'offre, soit les prestataires du résidentiel et les prestataires de l'ambulatoire, ainsi que les acteurs institutionnels - essentiellement à l'échelle des cantons.

La notion de référentiel permet aussi d'introduire dans l'analyse des effets exogènes ou l'évolution générale des contextes dans lesquels prennent place les décisions des acteurs. Deux types de facteurs vont être mobilisés pour expliquer le changement, des facteurs endogènes et des facteurs exogènes. Les premiers relèvent de la remise en question des fondements cognitifs du référentiel dominant par suite d'une accumulation de nouveaux savoirs. Des contraintes susceptibles de peser sur la marge de manœuvre des acteurs au niveau de leurs stratégies par rapport au changement peuvent être mises en évidence, telles « la disqualification des anciennes visions du monde » qui devient de plus en plus importante et de plus en plus difficile à surmonter à mesure que le nouveau référentiel transforme la perception des acteurs et que le consensus à son égard s'élargit. A terme, l'accumulation de nouvelles connaissances, de nouvelles manières d'aborder un problème et leur diffusion au sein de spécialistes et de la société réduisent d'autant la marge de manœuvre des groupes d'acteurs s'inscrivant dans une simple stratégie de résistance aveugle aux changements de représentations. Les facteurs exogènes se fondent sur les conséquences déstabilisantes, au sein d'une politique publique donnée, d'un facteur externe, constituant une force de pression au changement, comme par exemple les ressources allouées dans un contexte politico-économique donné.

Le système d'acteurs, ses ressources et ses contraintes, son environnement et les représentations et débats liés aux temporalités des décisions prennent ainsi leur part dans les déterminants du changement des politiques et dans la production de nouveaux instruments ou de nouvelles prestations aux usagers. C'est dire que la marge de manœuvre des acteurs qui mènent ces politiques et leurs effets sur les usagers sont soumis constamment à réactualisation à travers des luttes de pouvoir et des conflits, mais aussi de coopérations fructueuses pouvant dessiner des avenir possibles.

L'évolution des politiques publiques en matière de prévention et de traitement des dépendances illustre bien la notion de référentiel et situe parfaitement notre problématique ainsi que le dispositif analytique mobilisé afin de comprendre les enjeux actuels auxquels le secteur résidentiel est confronté : un cadre général d'action au sein duquel s'inscrivent les finalités, des objectifs ou des buts à atteindre ; des mesures ou des instruments ; des critères d'accès aux droits d'une population d'usagers dont l'hétérogénéité des situations et des trajectoires est cependant marquée par une dépendance aux substances psychotropes.

2.2. Problématique générale : la politique des drogues, changements de référentiel et modèles d'action

Nous avons assisté au cours des dernières vingt années, en Suisse et ailleurs en Europe, à une extension du concept de drogue et à une relative dilution du seuil qui sépare la toxicomanie de la non toxicomanie. Il n'est pas inutile de rappeler ici que nous entendons par

« drogue » 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 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.

La problématique de notre recherche s'inscrit dans une évolution de plus de trois décennies de la « *politique des drogues* » de la Confédération dont nous pouvons distinguer plusieurs périodes.

La première, entre 1975 et la fin des années 1980, est initiée par la révision de la Loi sur les stupéfiants (LStup, 1975). Inscrite au sein du référentiel de l'abstinence, elle est confrontée, à son terme, à une crise profonde liée à une accumulation d'anomalies dans le cadre de l'action publique. Cette première période s'achève par l'adoption, par la Confédération, au début des années 1990, du référentiel de la réduction des risques et des traitements de substitution qui aborde la question du traitement des dépendances aux substances selon « *quatre piliers* » - prévention, thérapie, réduction des risques et répression.

Mis en oeuvre durant les années 1990, le modèle des quatre piliers résulte d'une réflexion pragmatique face à la problématique des dépendances aux substances illégales dans un contexte marqué par l'émergence de l'épidémie du Sida, par une forte détérioration de l'état de santé des toxicomanes, ainsi que par l'ouverture de scènes ouvertes – comme le Letten à Zurich – qui ont profondément marqué les consciences. L'inscription de la réduction des risques dans la politique suisse de la drogue permettait alors au Conseil fédéral d'inscrire l'aide à la survie comme l'un des quatre objectifs de prise en charge des populations toxicomanes

Avec la publication, en mai 2005, du rapport « *psychoaktiv.ch* »³ de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), nous disposons d'un nouveau modèle d'action dans le domaine du traitement des dépendances. Ce modèle en trois dimensions, dit du « *cube* », reprend les acquis du modèle des « *quatre piliers* » dont les travaux d'évaluation ont mis en évidence les avantages. Il serait alors inexact de parler ici d'un nouveau référentiel. En effet, le modèle du cube s'est davantage inscrit dans une perspective d'ajustement que de remise en question du modèle des quatre piliers.

Le modèle repose moins sur l'échec de l'action publique menée jusque-là que sur la nécessité de l'approfondir et de la renforcer par la prise en compte, notamment, de l'évolution des connaissances scientifiques. Ainsi, la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), organe consultatif qui a élaboré le modèle du « *cube* », a très justement souligné qu'après avoir examiné, dans le cadre de ses travaux, le modèle des quatre piliers, elle en a conclu « *qu'il a fait ses preuves dans le domaine des drogues illégales. Cependant, pour parvenir à une politique cohérente des substances psychoactives, il convient de l'élargir (...)* ».

En effet, selon leurs auteurs, le modèle des quatre piliers, de par sa structure, ne peut pas pleinement aborder tous les problèmes. Les mesures préconisées dans les différents piliers ne sont pas adaptées à toutes les substances. De plus, elles font abstraction des substances psychotropes légales comme l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs. Dès lors, l'élargissement du modèle des « quatre piliers » se réalise en y intégrant deux dimensions supplémentaires : la réflexion sur le type de substances consommées et celle

3 Rappelons que nous appelons ici « *drogue* » toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience. De plus, une drogue est un produit susceptible d'entraîner une dépendance physique et/ou psychique. Sous ce terme, nous entendons aussi bien les drogues illégales comme le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne que les drogues légales comme la nicotine, l'alcool ou les médicaments.

du mode de consommation. La première supprime la distinction légale et illégale attribuée aux produits psychotropes. Elle permet ainsi d'enrichir la notion de dépendance et de renforcer son caractère opératoire en prenant en compte, d'une part, l'ensemble des produits psychotropes – alcool, tabac et médicaments compris. La réflexion relative au mode de consommation établit une distinction entre une consommation peu problématique, une consommation problématique et une dépendance. Michel Reynaud (2004) le souligne : « *L'usage, n'entraînant pas de dommage par définition, ne saurait être considéré comme pathologique. A l'inverse, la dépendance, perturbation importante et prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique d'un individu est, sans conteste, une pathologie* ».

En offrant une approche plus intégrée de la problématique de la dépendance, le modèle du « cube » favorise un discours différencié et pragmatique par rapport aux multiples usages de substances psychotropes. Ce faisant, il repose sur une vision selon laquelle la majeure partie de la population consomme des substances psychoactives - légales ou illégales - , d'une manière ou d'une autre, pour répondre à des besoins qui peuvent être très variables. Une politique des dépendances doit se mettre en place avec pour objectif la réduction des effets négatifs, tant pour la société que pour les individus, liés aux modes de consommation problématiques.

Le modèle précise ainsi le référentiel de la réduction des risques et des traitements de substitution, définissant une approche de la problématique des dépendances dans une perspective intégrative et multidimensionnelle de type bio-psycho-socio-éducatif. L'approche est intégrative. Elle prône, en effet, une combinaison entre les quatre piliers, en particulier entre celui de la thérapie et celui de la réduction des risques. Dans cette approche, les addictions sont considérées comme des pathologies neuro-comportementales face auxquelles tous les individus ne sont pas égaux, leur vulnérabilité étant déterminée par différents facteurs en interaction - personnels, biologiques, psychologiques et sociaux. La prise en charge des comportements de type addictif doit ainsi s'inscrire dans une approche qui intègre à la fois les dimensions liées aux produits, au sujet et à son environnement : modèle médico-psychico-socio-éducatif.

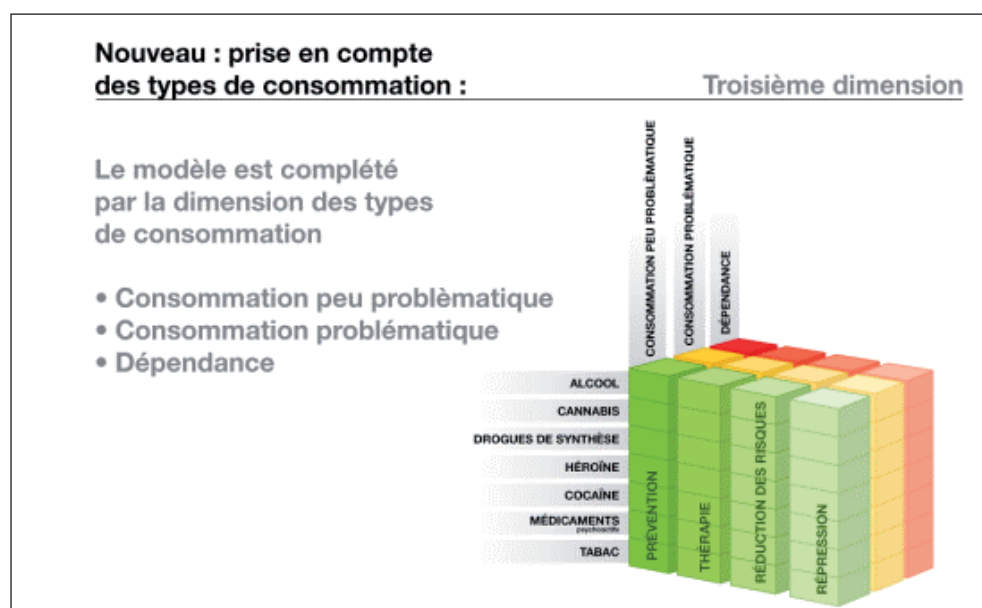


Figure 2 : Le modèle du « Cube » : la troisième dimension

Dans cette volonté de concevoir les « quatre piliers » de manière plus large, la prévention, qui se veut globale, comprend : la protection et la promotion de santé ainsi que le dépistage précoce ; la réduction des risques porte en premier lieu sur l'individu et sur les

conséquences sanitaires de la consommation, mais aussi sur la réduction des risques pour la société ; la répression, quant à elle, ne devrait pas se limiter à l'action de la police et de la justice, mais exploiter toutes les possibilités de contrôler le marché et porter une attention particulière à la protection de la jeunesse. Enfin, le pilier « *thérapie* » va ainsi englober non seulement les héritages des approches classiques dont l'objectif est l'abstinence, mais évidemment toutes celles qui visent à favoriser et à renforcer l'intégration sociale et la réduction des risques. L'objectif du traitement, tel que défini par les concepteurs du modèle du « *cube* », va avoir pour objet de permettre aux personnes confrontées à une dépendance, à un produit de mener une vie indépendante et d'être intégrées dans la société. Le nouveau modèle ne remet ainsi pas en question l'approche thérapeutique héritée du modèle des « *quatre piliers* » reposant à la fois sur une offre de mesures de types résidentiel et ambulatoire. C'est ainsi que le CFLD vient à déplorer une situation où « *plusieurs offres de thérapie et de réduction des risques sont actuellement mises en concurrence, essentiellement selon des critères financiers et non pas des critères professionnels d'indication précis* ».

Cette approche rencontre naturellement nos questions de recherche. En effet, les héritages des trois modèles d'action co-présents dans le paysage actuel des traitements de la dépendance nous offrent comme objet de recherche le cadre problématique de leur articulation et des enjeux d'évaluation du rôle du secteur résidentiel au sein d'une offre diversifiée, mais parfois peu lisible, de prestations.

Certains auteurs, à l'instar d'Alain Morel et de Jean-Pierre Couteron (2008), soulignent l'évolution très importante que constitue l'adoption du modèle du cube, que ce soit en termes d'approche de la problématique des dépendances ou en termes de prise en charge des usagers : « *Cette approche est résolument transdisciplinaire. Dans sa méthode d'élaboration comme dans son objectif de globalité, elle intègre les rapports de la médecine et des sciences dures (en particulier de la neurobiologie) mais en mettant ces savoirs sous l'éclairage d'autres données fournies par les sciences sociales et psychosociales, par la psychologie et la clinique. C'est-à-dire par l'écoute et l'échange avec les usagers, sans certitude a priori, qu'ils soient patients ou simples consommateurs* ».

La question de l'intégration des prestations de l'offre résidentielle, au sein des dispositifs cantonaux, apparaît aujourd'hui comme l'un des principaux enjeux de la politique de traitement des dépendances de la Confédération. Nous pouvons considérer que le modèle du « *cube* » est porteur d'une vision capable d'accueillir une possible articulation des modèles d'action hérités dans un référentiel intégratif et novateur.

2.3. Design de recherche : questions, hypothèse de travail et démarche

D'entente avec les représentants de la Coordination romande des institutions oeuvrant dans le domaine des addictions (CRIAD), la recherche vise à évaluer l'offre résidentielle de traitement existante au sein des cantons romands et de la Berne francophone ainsi que les différentes formes d'articulation du réseau socio-éducatif et thérapeutique avec le secteur ambulatoire. De manière générale, pour effectuer une évaluation, de nombreux modèles ont été proposés — *Meny, Thoenig, 1989 ; Bussman et al. 1998* — qui permettent d'apprécier l'efficacité, l'efficience et la pertinence des politiques publiques, celles-ci pouvant être définies comme des dispositifs tangibles (cadre juridique, institutions spécialisées, etc.) issus d'une fabrication collective et complexe dans laquelle intervient une multiplicité d'acteurs et qui régissent un secteur de la société, une activité, voire un projet (Massardier, 2003).

L'efficacité est définie classiquement comme la mesure du rapport entre les résultats obtenus et les objectifs préalablement fixés. L'efficience exprime la mesure du rapport entre les ressources engagées et les services produits. La pertinence désigne, enfin, le rapport mesuré entre les moyens mis en œuvre et les objectifs fixés. Cette approche de l'évaluation d'une politique publique suppose : la connaissance préalable des objectifs à atteindre ; une stabilité des objectifs dans le temps et une certaine uniformité de comportements des

acteurs de la mise en œuvre ; une parfaite connaissance du modèle de causalité liant l'action publique – programme, mesures, prise en charge des usagers, dispositifs, etc. – aux résultats attendus ; la mesurabilité des effets espérés.

L'expérience montre que ces éléments ne sont généralement pas réunis, de sorte que la structure logique de la démarche classique d'évaluation ne peut être menée. En effet, les objectifs sont souvent peu explicites, pas clairs, non quantifiés, instables dans le temps. Par ailleurs, il y a toujours une marge d'incertitude liée à la mise en œuvre des actions publiques, incertitude qui peut tenir à la résistance des acteurs, à leur adhésion au dispositif, aux aléas, etc. La mesure de l'efficacité est rendue difficile, que ce soit pour des raisons méthodologiques – impossibilité de pondérer de manière exacte l'influence des facteurs externes sur les performances des dispositifs – ou par des lacunes des systèmes d'information.

Ce constat nous a amenés à opter pour une démarche évaluative « *affranchie d'objectifs* » et dont la spécificité majeure consiste à associer au processus d'évaluation l'ensemble des acteurs d'un dispositif. Cette démarche d'évaluation dite pluraliste (Monnier, 1992) vise à prendre en compte, à croiser, à recouper et à confronter de manière constructive les attentes, les critiques et les valeurs dont sont porteurs les différents acteurs du dispositif. On ne peut évaluer d'un point de vue unique. Les personnes ou les institutions concernées par l'évaluation peuvent ainsi exprimer leur propre point de vue. La pluralité des instances d'évaluation enrichit le jugement, faisant à chaque fois reculer la partialité au bénéfice de l'intersubjectivité.

Questions de recherche et hypothèse générale

Dans le cadre du mandat de la Coordination romande des institutions œuvrant dans le domaine des addictions (CRIAD), notre objectif est de réaliser une évaluation pluraliste de l'efficacité des mesures socio-éducatives dans le cadre de la prise en charge, en milieu résidentiel, du traitement des dépendances à une drogue ou à une substance psychotrope ou psychoactive. Nous avons ainsi défini trois questions de recherche principales :

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 ?

Quels sont les effets du traitement résidentiel sur les bénéficiaires en matière d'insertion sociale, familiale, sanitaire, professionnelle, ainsi que sur leur situation judiciaire – indice de gravité d'une toxicomane (IGT) ?

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 ?

Nous avons posé l'hypothèse selon laquelle une prise en charge pertinente des usagers relève d'une approche transversale, articulant les différents acteurs des réseaux socio-éducatifs et sanitaires, du secteur résidentiel et du secteur ambulatoire au sein d'un référentiel d'action partagé.

Le design de recherche découle de la problématique générale et des questions qu'elle suscite. Concrètement, il s'agira, dans un premier temps, d'identifier et d'analyser l'offre de mesures de traitement résidentiel. Cette approche nous permettra déjà d'identifier différents modes d'articulations, formels ou informels, entre le résidentiel et le secteur ambulatoire. Nous évaluerons, dans un deuxième temps, l'impact du séjour et des mesures dont ont bénéficié les résidents, en amont, en aval et durant les séjours en résidentiel. Enfin, nous esquisserons quelques conclusions synthétiques en matière de forces et de faiblesses du secteur résidentiel, ainsi que des risques et des opportunités qui s'offrent à l'action collective dans ce champ afin d'envisager quelques pistes de réflexion pour l'avenir.

L'efficacité de la prise en charge des usagers au sein des institutions résidentielles sera analysée sous plusieurs angles : les spécificités de l'offre de mesures de traitement et de réinsertion, leurs objectifs et leurs effets sur les usagers, ainsi que la satisfaction de ces derniers. Nous avons retenu cinq axes en référence à l'indice de gravité d'une toxicomanie adulte (IGT), soit : l'état de santé physique et psychique ; la situation en forme de consommation ; les relations familiales et interpersonnelles ; l'emploi et les ressources ; la situation judiciaire.

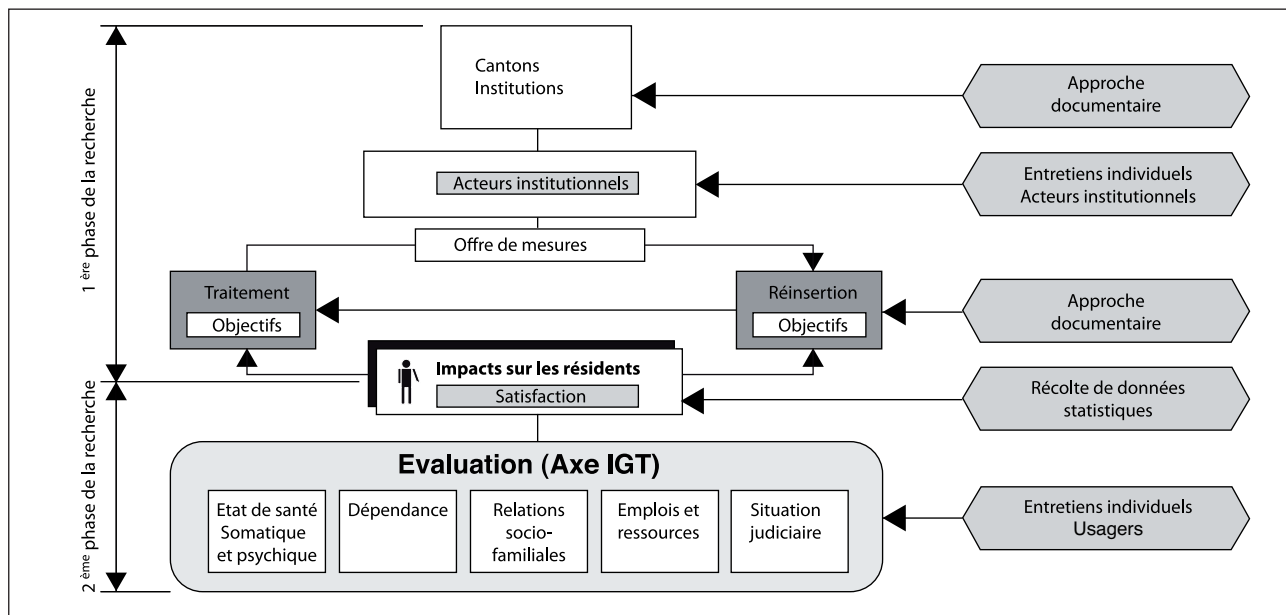


Figure 3 : Design de recherche

De manière plus concrète, pour réaliser l'évaluation de l'offre résidentielle de traitement de la dépendance et déceler les opportunités qu'elle pourrait éventuellement présenter en termes de complémentarité avec l'ambulatoire, nous avons fait recours à trois méthodes complémentaires de récoltes de données :

- une *analyse documentaire* qui a reposé notamment sur les règlements et directives disponibles au sein des cantons, au sein des institutions de traitement résidentiel ainsi qu'au sein du secteur ambulatoire, les dossiers des usagers, les rapports d'activité, les brochures à disposition des usagers, les documents de référence qualité, les travaux de recherche, les études menées à l'initiative des institutions résidentielles de traitement, les données et informations mises en ligne par Infodrog, coordination intervention suisse ; nous avons ainsi tenté, à partir de la revue de la littérature scientifique et de celle de la littérature grise, dont une bibliographie sélective est donnée en fin de rapport, ainsi qu'au travers de nos entretiens et de leur analyse, d'identifier l'offre résidentielle et ses évolutions récentes ;
- une *démarche qualitative*, fondée sur des entretiens approfondis, qui doit nous permettre de rendre compte des perceptions et de l'implication des différents acteurs concernés par l'offre de mesures et le fonctionnement du dispositif dans sa transversalité ; l'objectif consistera, au niveau des bénéficiaires, à tracer leurs trajectoires à différents niveaux : résidentiel et ambulatoire, socio-familial, professionnel, sanitaire —, tant au niveau de l'évolution de la consommation de substances licites et illicites que de l'état de santé psychique et somatique, ainsi que des différents épisodes de prise en charge par des institutions hospitalières diverses - assistantielle, judiciaire ;
- une *approche quantitative*, à dominante statistique, devrait nous permettre la saisie et l'analyse des données de base relatives aux bénéficiaires qui nous seront communiquées par la CRIAD, notamment quant à leurs caractéristiques sociodémographiques.

Au total, nous nous sommes proposé d'effectuer environ 120 entretiens répartis entre les acteurs du résidentiel et de l'ambulatoire ainsi que des usagers (cf. tableau annexe). Le matériau empirique obtenu au cours de ces entretiens individuels nous a permis de répondre aux questions posées et de tracer les trajectoires des ex-résidents constituant notre population d'enquête au niveau des indicateurs retenus, soit aux niveaux sanitaire (psychologique, somatique, relation aux produits psychotropes), socio-familial, économique et judiciaire. De même, la prise en compte individuelle – en amont, durant et en aval de son séjour en établissement résidentiel – de la perception de la population d'enquête par rapport à sa situation doit nous permettre d'en mesurer l'évolution.

La saisie de l'information a été réalisée auprès d'usagers dont la sortie est effective depuis une année environ. Le choix de la population d'enquête a été déterminé d'entente entre le mandataire, le mandant et les institutions concernées (ambulatoire et résidentiel). Le rôle des acteurs institutionnels a été primordial au niveau des opérations de mise en lien des chercheurs avec la population d'enquête.

Notre approche n'avait pas pour objectif de réaliser un quelconque « *benchmarking* » qui viserait à établir une échelle de performances entre les différents cantons ou institutions. L'intention finale consiste, plutôt, à identifier les bonnes pratiques et les tendances évolutives en matière de prise en charge et permettre ainsi de concevoir des démarches de collaboration visant à prévoir une meilleure utilisation des ressources à disposition sans que cela ne vienne péjorer la qualité et le volume des services offerts aux usagers.

3. L'offre du secteur résidentiel en lien avec la prise en charge ambulatoire et le réseau médico-social : représentations croisées, structures et articulations

Le point de départ de l'évaluation pluraliste réside dans le fait de saisir de l'intérieur les représentations et le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Ces significations sont conçues comme une porte d'entrée de la connaissance du fonctionnement des dispositifs. Si les acteurs sont le point de départ de l'analyse, ils ne constituent pas la finalité ultime. Ce qui nous intéresse ici, c'est de saisir l'offre résidentielle dans son ensemble, sa structure et son fonctionnement, afin de dégager ses forces et ses faiblesses à travers les représentations croisées des différents acteurs.

Notre cadre méthodologique prévoyant une connaissance des dispositifs à travers des points de vue des acteurs, l'adoption de procédés qualitatifs de saisie de l'information s'imposait.

Un peu plus d'une soixante d'entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des acteurs des principales institutions résidentielles et ambulatoires et des réseaux médico-sociaux des cantons romands et de la Berne francophone: 20 auprès de responsables d'institutions résidentielles, 20 auprès de responsables de structures ambulatoires et 20 auprès de responsables et d'intervenants de structures sanitaires.

L'objectif de ces entretiens était d'identifier les caractéristiques du secteur résidentiel en interrogeant les acteurs des institutions sur leur conception de la dépendance, leurs représentations de la population accueillie, les pratiques de prise en charge, ainsi que les effets du traitement résidentiel - notamment d'un point de vue social, familial, sanitaire, professionnel et judiciaire - sur les bénéficiaires - et son articulation avec le secteur ambulatoire et le réseau médical. Précisons encore que notre approche ne propose pas une analyse par canton, mais se veut transversale à ceux de la région romande et de la Berne francophone.

Ces entretiens mettent en lumière des institutions, des lieux, des faits, des personnes, des valeurs et des conceptions de l'action publique dans le domaine des addictions.

Ces paroles ont été retranscrites, donnant lieu à un important volume d'informations dont nous rendons ici les principaux éléments de synthèse en fonction d'un travail de sélection, de réorganisation et d'interprétation à partir duquel nous avons essayé de rendre compte des réalités institutionnelles et collectives incorporées par les sujets bien au-delà de leurs subjectivités multiples.

Les changements successifs et les ajustements des modèles d'action dans le domaine du traitement et de la prévention des addictions ont produit une progressive diversification des acteurs de l'offre et une segmentation de leurs prestations. La prise en charge des personnes toxicodépendantes en Suisse romande propose une large variété d'offres. Chacune de ces offres possède ses propres caractéristiques, qu'il s'agisse de l'orientation de la prise en charge (abstinence, sevrage, etc.), de la durée (court, moyen ou long terme) ou encore de l'intensité des prestations (mesures accompagnatrices, complémentaires ou substitutives). Tout cela tient compte et répond, bien évidemment, à la grande diversité des situations des usagers et de leurs demandes.

Les travaux effectués dans le cadre du FiDé (Burkard et al., 2003) ont défini les thérapies résidentielles comme des lieux où des personnes vivent ensemble jour et nuit. Par définition, ces communautés remplacent les groupes primaires traditionnels de notre société, offrant un cadre de vie substitutif à la vie quotidienne qui permet ainsi de suppléer aux domaines de socialisation qui sont habituellement fournis par la société (famille, couple, école, travail, loisirs).

Le but principal de ces structures résidentielles est de soutenir la pleine participation de l'individu à la communauté thérapeutique afin qu'il puisse réaliser ses objectifs sociaux et psychologiques liés aux changements de modes de vie et d'identité. Dans cette approche, les interactions entre l'individu et le groupe sont considérées comme un processus de traitement. Le protocole de thérapie ou le plan thérapeutique et les activités éducatives sont organisés en phase pour refléter une vue incrémentale du processus de changement fondé sur l'abstinence. L'intervention est conçue comme une action sur l'individu non pas en tant que corps, mais en tant que personne insérée dans un environnement.

Les thérapies résidentielles et les traitements de substitution ont été jusqu'à récemment considérés comme antithétiques. Le traitement de substitution repose sur l'hypothèse d'un désordre biochimique au niveau du cerveau qu'il est nécessaire de compenser en administrant une substance antagoniste, généralement la méthadone. Le MMT (Methadone Maintenance Traitement) est ancré dans un modèle médical où un traitement pharmacologique est nécessaire. L'idée est de guérir le toxicodépendant à partir de son corps, qui est atteint dans ses fonctions normales par l'usage compulsif. Dans cette approche, la méthadone est un ingrédient actif du traitement lié à la réduction de la consommation de substances psychoactives à travers une série d'événements physiologiques réduisant le « craving » (l'appétence) et la recherche d'opiacés.

Depuis les années 1990, l'opposition entre les différents types d'approche (programmes résidentiels axés sur l'abstinence versus traitements de substitution pratiqués dans les services ambulatoires spécialisés sous forme de distribution de méthadone sous contrôle médical) évolue. En effet, l'offre de moyens nécessaires pour mener une vie conventionnelle et le développement de la motivation durable à conduire une existence ordinaire ne semblent pas être la prérogative d'une intervention spécialisée spécifique, mais d'une combinatoire d'éléments à composer en fonction de trajectoires et de situations individuelles particulières. Tant l'abstinence que la stabilisation à la méthadone ou encore la consommation occasionnelle constituent des possibilités de sortie, mais aucune n'est une sortie inconditionnelle. Quelle est la meilleure alternative ? La réponse qui se dessine semble être : cela dépend. La sortie de la dépendance est une trajectoire

à la fois individuelle et sociale, dynamique et interactive, liée à la transformation d'un mode vie qui se réalise dans la durée, mais qui est toujours marquée par l'incertitude. Le chemin vers la sortie s'annonce pluriel. La transversalité des approches pourrait alors se concevoir comme la recherche d'une démarche concertée visant l'incitation psychosociale à la rémission et le soutien pragmatique au changement des pratiques de consommation des substances à travers l'ouverture d'une pluralité d'offres thérapeutiques « individuées » capables d'engager une diversité de trajectoires conduisant à une rupture biographique.

Dans ce chapitre, nous donnons un aperçu de l'offre résidentielle dans les cantons romands et de la Berne francophone. Nous essayons ensuite de cerner les transformations en cours à travers les représentations croisées des acteurs de l'offre afin de déceler les forces et les faiblesses du dispositif résidentiel, mais aussi les facteurs principaux qui marquent les évolutions récentes et les pistes futures en matière d'articulations possibles avec le secteur ambulatoire.

Notre analyse met en évidence une évolution marquée par l'ouverture progressive de l'offre résidentielle aux traitements de substitution. Conçue initialement dans le cadre du *résidentiel*, l'offre institutionnelle relative aux traitements de la dépendance aux produits psychotropes légaux et illégaux a été marquée, ces dernières années, par son élargissement à l'ambulatoire dans le cadre de la mise en œuvre de mesures relatives à la réduction des risques. L'offre actuelle des cantons romands, destinée aux personnes dépendantes, peut se lire à travers la grille de l'héritage des référentiels de l'abstinence et de la substitution et de leurs ajustements consentis ou possibles, mais aussi d'*articulations nouvelles entre le résidentiel et l'ambulatoire*.

3.1. Le secteur résidentiel dans les cantons romands, bref inventaire : une offre riche et diversifiée, mais peu lisible

L'offre en matière d'institution résidentielle est de manière générale importante et les prestations qui y sont proposées nombreuses et diverses. Le problème est que cette offre est peu lisible. A la lecture des différents descriptifs d'institutions, le contenu des unes et des autres est insuffisamment compréhensible. Les responsables rencontrés relèvent d'ailleurs le fait que le choix des usagers est plus influencé par l'ambiance, le lieu, l'équipe que par le type de programme. La logique géographique intervient également, les usagers ou bien les services placeurs ou orienteurs optant pour l'institution la plus proche.

Les institutions prestataires romandes présentent des offres plus ou moins diversifiées au gré de diverses pondérations : médical versus socio-éducatif, accès à haut seuil d'exigence versus accès à bas seuil d'exigence, traitement versus réduction des risques, abstinence versus substitution, et bien sûr ambulatoire versus résidentiel. La prise en charge intégrée et transdisciplinaire est cependant de plus en plus affichée. L'offre cantonale globale est différenciée et n'est pas toujours lisible au premier abord. C'est aussi le cas pour le secteur résidentiel. L'organisation de la thérapie résidentielle des addictions est régulée par les principes du fédéralisme et ce sont les cantons qui sont responsables de l'offre en matière d'addictions. C'est un domaine très hétérogène. Les critères de différenciation et de catégorisation des institutions résidentielles peuvent varier fortement. Une première analyse documentaire visait à établir un état des lieux sommaire du dispositif résidentiel romand.

Des informations établissant un profil simple mais précieux de chaque institution sont collectées et publiées par Infodrog : capacités d'accueil, taux d'occupation, types d'activités, types de séjour, nombre de personnes employées, populations cibles, etc. Une enquête exhaustive, mais très élémentaire, auprès des institutions résidentielles romandes nous a permis de mettre en évidence également les différences entre thérapies liées à l'alcool et thérapies liées aux drogues illégales ; entre foyers avec et sans offre d'activités occupationnelles ; la durée des séjours (court, moyen ou long terme) ; d'autres informations sont

encore ponctuellement disponibles sur les demandes AI en cours ainsi que la proportion de personnes non-bénéficiaires de rentes/mesures AI ; les recettes et les coûts des différentes institutions, taux de journées effectuées par des pensionnaires hors-canton. etc.

Une analyse comparative des institutions de thérapie résidentielle dans les cantons romands a été publiée en 2005 par le GRAS (Groupement des services d'action sociale des cantons romands, de Berne et du Tessin). Enfin, une enquête mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (Herrmann et al., 2006) permet également de saisir la structure de l'offre romande et nationale et ses principales évolutions. L'analyse détaillée de l'ensemble de ces informations n'étant pas l'objectif principal de la recherche, nous nous limitons ici à évoquer seulement quelques données générales relatives à l'offre résidentielle en Suisse et dans les cantons romands.

Les institutions de thérapie résidentielle des addictions proposaient en 2005 et pour toute la Suisse un nombre estimé de 1'260 à 1'395 collaborateurs. Dans le milieu de la thérapie résidentielle, une nette majorité du personnel est employée à temps partiel (70%, pour environ 850 équivalents-plein-temps). Sur la base du nombre de lits proposés et du taux d'encadrement, il est possible d'avancer qu'un collaborateur encadre en moyenne deux patients, le nombre de lits étant estimé, pour l'ensemble de la Suisse, à environ 1'300 unités. Les postes de travail étant distribués dans les cantons de la même manière que la distribution des institutions dans toute la Suisse, en 2005 chaque institution employait en moyenne 18 personnes et la moitié, moins de 14 (Herrmann et al., 2006).

Les contributions des bailleurs de fonds des institutions résidentielles peuvent être réparties en fonction du destinataire (institution ou patient). Les montants liés au patient dépendent directement du nombre de patients et de leur durée de séjour, c'est-à-dire du nombre total de jours de traitement facturables. Les contributions liées aux institutions sont complètement indépendantes du nombre de patients. Il s'agit de subventions forfaitaires ou liées aux prestations, qui prennent la forme de contributions d'investissement ou d'exploitation. Selon le rapport Herrmann et al., le rapport entre les recettes liées aux patients et les recettes liées aux institutions était de deux tiers/un tiers. Les recettes liées aux institutions se composaient principalement des couvertures de déficits assumés par les cantons accueillant les institutions (35%), des subventions liées aux prestations de ces mêmes cantons (22%) et des prestations AI de l'OFAS (13%). De fait, dans l'ensemble, le financement des institutions résidentielles (environ 150 millions de francs en 2005) est assuré principalement par les cantons (48%) et les communes (29%). Le reste des recettes provient des prestations propres des institutions (8%) et des particuliers (10%). La Confédération participe à 4% par le biais de l'AI dont les prestations relèvent de l'OFAS. Le coût estimé par lit est d'environ 100'000 francs par année.

En Suisse romande, 24 institutions résidentielles, ce qui représente environ⁴ 524 places, sont recensées. Le descriptif en annexe précise les détails de cette offre.

La saisie et la description systématiques des prestations et la fixation d'objectifs liés aux prestations ne sont pas toujours très explicites. Moins de patients peuvent opter aujourd'hui pour la thérapie résidentielle et de réinsertion, l'accès à l'offre spécifique à disposition est limité et la spécialisation est devenue risquée pour les institutions qui présentent dans la documentation saisie une large palette de prestations sans qu'il soit toujours facile de déceler ce qui est essentiel et accessoire dans l'offre de chacune d'entre elles. Les institutions diversifient leurs activités au lieu de se spécialiser, la concurrence n'est plus qualitative, mais quantitative, de telle sorte qu'il devient difficile d'identifier les complémentarités et les possibilités offertes par une intégration judicieuse de leurs offres.

En synthèse, les caractéristiques de la prise en charge résidentielle peuvent être distinguées entre prestations principales et complémentaires de la manière suivante :

4 Un peu plus selon que l'on prend en compte des lits dits d'urgence.

PRESTATIONS PRINCIPALES	
Unicité lieux/traitements	Réduction, voire arrêt de la consommation
Santé	Régulation intensité prestations 24h/24 Thérapie, Accès aux réseau de soins
Accompagnement social (intra ou extra-muros)	Prestations sociales et socio-éducatives vie collective, développement personnel
Occupation, travail (intra ou extra-muros)	Formations, mesures insertion, ateliers
Prestations hôtelières	Hébergement, alimentation, intendance
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	
Prestations aux familles, proches	Conseil, information, orientation
Prestations aux réseaux professionnels	Ambulatoire, médico-social, judiciaire, etc.
Suivi postrésidentiel	

Tableau 1 : Les prestations du secteur résidentiel

3.2. La conception et les effets du résidentiel : l'obligation de changement

Le but de cette section est de comprendre la spécificité, les apports et les limites d'une prise en charge résidentielle sur la situation de dépendance des usagers bénéficiant de ce type d'accompagnement.

Pour ce faire, il s'agit d'identifier les conceptions, selon les intervenants oeuvrant dans des institutions résidentielles, de la toxicodépendance, les caractéristiques des usagers qui y sont admis, les pratiques, ainsi que les effets de ce type de prise en charge.

Par rapport à l'ensemble de ces thèmes, on observe, de la part de nos interlocuteurs, un besoin de relever la nécessité, voire l'obligation dans certains cas, en raison de l'exigence qui leur a été posée par les cantons dans un contexte de reconfiguration de l'offre de traitement de la dépendance, d'avoir dû et de continuer de modifier leurs pratiques de prise en charge, ainsi que les transformations qu'ils ont entreprises pour y répondre.

3.2.1. La conception de la dépendance et de ses traitements : entre réactualisation et maintien de l'héritage

Pour identifier les points de vue concernant la conception de la toxicomanie des intervenants de la prise en charge résidentielle, nous leur avons demandé de s'exprimer sur les aspects suivants : les causes de la dépendance et les moyens de la traiter, l'abstinence, la substitution, la consommation contrôlée, les différents produits psychotropes et psychoactifs.

Les responsables d'institutions résidentielles que nous avons rencontrés expliquent que l'évolution des connaissances médicales dans la compréhension du phénomène de l'addiction intervenue ces dernières années a modifié, de manière plus ou moins forte, leur approche de la dépendance à un produit psychotrope ou psychoactif. La prise en compte de facteurs neurobiologiques et génétiques dans l'analyse des causes de la toxicodépendance s'impose puisque, comme l'explique un de nos interlocuteurs : « *je sais qu'il y a une réalité biologique contre laquelle je ne peux pas m'élever* ». La totalité de nos interlocuteurs

considèrent ainsi la toxicomanie comme une maladie qui entraîne une dépendance tant physique que psychique.

L'une des conséquences de la reconnaissance du caractère morbide de la toxicodépendance est que le principe d'abstinence est présenté, par certains des responsables d'institution que nous avons rencontrés, comme pouvant être, dans le cadre de leur pratique, nuancé, « *révisé à la baisse* », ce qui signifie que longtemps considéré comme le but unique - à atteindre et à maintenir - du traitement résidentiel, il peut également être envisagé comme moyen pour gérer la dépendance. L'idée défendue est que, si l'abstinence ne peut être réalisée par l'ensemble des usagers de façon durable, elle peut, de manière temporaire, le temps du suivi résidentiel, constituer un outil pour expérimenter un autre état que celui de la toxicomanie et ainsi favoriser l'identification et la mise en place de mesures adéquates pour la prendre en charge.

Le caractère absolu de l'abstinence cède ainsi le pas à une approche plus relative de son application. Dans cette logique d'élargissement des perspectives d'accompagnement de la trajectoire de la personne toxicomane est ainsi évoquée la consommation contrôlée de produits psychotropes, quelles qu'en soient les modalités (alternance de périodes d'abstinence et de consommation, diminution globale de la consommation) et l'abstinence sélective (sevrage de certains produits, pas d'autres).

Pour d'autres responsables de structures, l'abstinence doit, et ce précisément en raison des théories médicales avancées qui décrivent le caractère incontrôlable de la toxicomanie, demeurer, pour les usagers qu'ils prennent en charge, une exigence forte. Un des intervenants interrogés défend ce point de vue en argumentant que « *si on est pour l'abstinence, c'est que l'on sait que 95% des usagers qui viennent dans nos programmes sont addicts, donc biologiquement il y a une impossibilité de contrôle. Donc on part de ce principe. Si, au pré-accueil, on voit que c'est un profil de consommation contrôlée, on va le diriger vers ce type de prise en charge. Sinon, c'est une indication d'addiction, donc de consommation zéro* ». Dans ce contexte, la consommation contrôlée ne peut être considérée comme une option satisfaisante.

Concernant la substitution de l'héroïne par la méthadone, elle est acceptée dans la plupart des institutions résidentielles concernées, parfois comme moyen de gérer la dépendance, plus souvent comme moyen d'arriver à l'abstinence. Si, pour quelques-uns de nos interlocuteurs, le recours à la méthadone constitue une possibilité très intéressante d'envisager le traitement dans la mesure où il permet de responsabiliser l'utilisateur, de le mettre au centre de sa propre prise en charge, pour d'autres, cette intégration d'utilisateurs consommant de la méthadone ne s'est pas faite sans mal. Pour la majorité des lieux d'accueil, la difficulté à accepter cette substitution réside en effet dans le fait que le phénomène d'addiction n'est en rien modifié, la seule différence se situant dans le passage d'un produit illégal, non prescrit, à un produit légal, prescrit. Certaines structures ont ainsi dû d'abord, comme en témoigne un directeur d'établissement, « *faire un cheminement par rapport à ça, pour arriver à inscrire [la méthadone] dans une perspective thérapeutique au plus long cours* » et finalement pouvoir considérer que « *ça a tout son sens* ».

C'est ce maintien de la consommation d'un produit, donc de la dépendance, que critiquent certains interlocuteurs, refusant de l'intégrer dans la conception du traitement qu'ils proposent, estimant « *qu'une personne qui prend de la métha n'est pas guérie de la toxicomanie. Elle est méthadonienne, elle n'a pas réglé son problème* ». Ce dernier réside en effet dans l'absorption abusive de toute substance, quelle qu'elle soit, celle-ci constituant un symptôme d'une cause plus profonde (abus, ruptures) entraînant des sentiments de révolte et /ou une perte de sens à donner à la vie. Dans ce contexte, « *la méthadone ça nourrit, ça comble le malaise, mais ça ne résout pas le problème* ».

L'idée que la consommation d'un produit est le symptôme de difficultés beaucoup plus importantes est partagée par la totalité des intervenants du résidentiel que nous avons

rencontrée. Elle explique que l'abolition de la distinction entre produits légaux et illégaux, telle que défendue par les théories sur l'addiction, soit dès lors majoritairement adoptée, c'est-à-dire que « *ce qui se passe au niveau du cerveau [est] identique* », comme le relève l'un de nos interlocuteurs.

Plusieurs de nos interlocuteurs soulignent le fait qu'ils adhèrent à cette approche qui n'opère pas de distinction entre les différentes substances psychotropes ou psychoactives depuis de très nombreuses années dans la mesure où ils estiment que, si le choix d'une personne se porte sur un produit plutôt que sur un autre, cela est principalement lié à l'opportunité qu'elle a de le consommer. Dans ce cas, la grande accessibilité à l'alcool peut justifier, selon les responsables interrogés, de considérer ce produit de manière particulière, non d'un point de vue biologique, mais social, le statut privilégié dont il bénéficie dans la société actuelle rendant plus difficile l'arrêt de sa consommation. Ainsi, lorsqu'une personne recommence, après une période d'abstinence, à consommer, elle recourt souvent à de l'alcool, indépendamment du ou des produit(s) dont elle abusait auparavant.

Pour certains représentants de structures qui accueillent des usagers dépendants à l'alcool, l'omniprésence de ce dernier dans la vie sociale de tout individu et la confrontation permanente à laquelle il le soumet nécessitent une prise en charge spécifique de ce type de toxicomanie. Ils évoquent cependant aussi la crainte que d'autres lieux d'accueil, non spécialisés dans l'accompagnement des personnes dépendantes à l'alcool, ne leur prennent, au nom du référentiel à l'addiction, des clients.

Le fait de ne pas différencier les substances consommées a pour conséquence que le traitement et l'accompagnement proposés sont orientés sur les comportements comme le relève l'un des directeurs d'institution lorsqu'il dit que son équipe « *essaie vraiment de parler plus d'addiction que de produits* » puisque, comme le fait remarquer l'un de ses collègues, « *le symptôme est anecdotique par rapport au travail sur les causes que doit faire la personne* ». Le travail que doit accomplir l'usager dans le cadre du résidentiel réside dans l'identification des causes qui l'ont amené à devenir dépendant à une ou à plusieurs substances car, pour l'ensemble de nos interlocuteurs, la toxicomanie ne peut être considérée comme un choix.

L'identification des causes et la compréhension du rôle de la consommation abusive pour en gérer les conséquences doivent permettre à l'individu de retrouver et de redonner un sens à sa vie. Le but, selon une des personnes interviewées, est « *de réunifier la personne, les produits ou les comportements addictifs [ayant] dissocié la personne* ». L'addiction est ainsi souvent présentée, par bon nombre de personnes, comme une « *automédication* » de problèmes psychiques, mais aussi existentiels.

Le traitement de la dépendance consiste, pour la totalité des intervenants rencontrés, à enseigner, aux usagers suivis, les mécanismes de l'addiction et la manière de les enrayer. Pour la totalité des responsables interrogés, la conception du traitement et de la prise en charge des personnes accueillies s'inscrit dans une approche plus globale de l'individu, qualifiée de « *holistique* », d'« *humaniste* », s'inscrivant toujours dans une considération bio-psycho-sociale à laquelle plusieurs ajoutent la dimension « *spirituelle* » car, comme le précise l'un d'entre eux, « *on ne peut pas occulter l'aspect du sens, le vide que vient combler la consommation. Si on occulte le sens, on occulte l'essentiel, donc on veut faire ressortir l'aspect du sens* ».

Tous les directeurs d'institutions résidentielles de traitement, et plus fortement ceux adhérant à l'abstinence comme finalité, expriment ainsi la conviction que la « *toxicomanie n'est pas une fatalité et qu'il y a une possibilité de s'en sortir* », comme le dit l'un d'entre eux, et que cette option doit rester prioritaire dans la mesure où elle correspond à une demande largement formulée par les usagers.

Le problème, selon plusieurs intervenants interrogés est que si le développement des neurosciences et de la psychiatrie a entraîné une avancée dans la compréhension de l'addic-

tion, il préréite la sortie de cette dernière. Ils craignent, en effet, que s'ils sont d'accord que la toxicomanie peut être considérée comme une maladie, son caractère n'est pas obligatoirement chronique, contrairement à ce que pensent les médecins, attitude qui empêche la mise en activation de tous les moyens de traitement possibles et favorise ainsi le maintien des usagers dans une situation de dépendance.

Dans le même ordre d'idée, certains responsables d'une structure résidentielle estiment que la diversité et le nombre de prestations de soutien et d'accompagnement des personnes toxicodépendantes rendent plus difficile la sortie de la consommation abusive de produits, celles-ci leur permettant de vivre dans des conditions qui ne sont pas aussi dégradées que cela l'était auparavant. Pour une des personnes rencontrées, cette augmentation de l'offre fait que « *schématiquement, il est aujourd'hui plus difficile de sortir de la dépendance qu'il y a 20 ans où c'était « marche ou crève* » », pendant qu'une autre explique « *qu'avant un toxicomane était seul dans son coin, aujourd'hui, c'est plus difficile de sortir de la dépendance parce qu'il y a tellement de choses autour, [...] il y a des outils autour qui font que la personne n'est pas toujours confrontée aux réalités auxquelles les toxicomanes étaient confrontés il y a 15 ans* ».

Néanmoins, quelles que soient les divergences de point de vue sur l'offre de prestations existante et le rôle à accorder à l'un et à l'autre des domaines d'intervention – social et médical – dans la prise en charge de la dépendance, les personnes interrogées estiment que, comme le déclare l'un des responsables d'institution, si « *la toxicomanie n'est pas qu'une histoire relationnelle, donc [qu]il y a des choses médicales, biologiques, physiologiques* » que les intervenants de l'approche sociale doivent absolument prendre en compte, « *le médical, lui doit savoir qu'il faut un accompagnement social* ».

Pour un autre de nos interlocuteurs, le problème réside dans le passage de la conceptualisation de l'addiction aux modalités de son application sur le terrain: « *Comment arriver à allier un concept théorique à une vie pratique ? Le problème, aujourd'hui, est au niveau des personnes qui pensent qu'on va résoudre la question uniquement par un référentiel, et ça c'est une erreur* ». Cette dernière citation pose la question des objectifs concrets que les acteurs du terrain doivent viser et qui leur seraient indiqués par le canton. Ce que bon nombre de ces derniers attendent, c'est une vision de l'addiction et de sa prise en charge de la part des autorités politiques.

On observe, en effet, que si l'ensemble des intervenants du résidentiel que nous avons rencontrés adhèrent au concept de l'addiction proposé par la Confédération - et modélisé sous la forme du « *cube* » (cf. psychoaktiv.ch) - dans la mesure où les trois dimensions prises en compte (type de consommations, type de produits, type d'interventions) leur semblent pertinentes, les objectifs plus précis assignés au traitement sont insuffisamment énoncés.

3.2.2. La perception des usagers : de la marginalité à la désinsertion

L'intégration de nouvelles connaissances médicales dans la prise en charge résidentielle de la toxicodépendance a modifié les modalités de cette dernière. La transformation de la population accueillie en institution a également entraîné des bouleversements importants au niveau de la démarche d'accompagnement des usagers.

Tous les interlocuteurs d'établissements résidentiels que nous avons rencontrés relèvent que le profil des usagers intégrés dans leur structure s'est fortement modifié depuis plusieurs années. De manière générale, la population suivant actuellement un programme résidentiel est présentée comme plus précarisée et plus désinsérée qu'auparavant dans le sens où elle connaît des problèmes sanitaires, sociaux et professionnels souvent très importants.

Plus précisément, on constate, en recoupant les propos des responsables interrogés, une tendance générale au vieillissement de la population toxicodépendante en même temps

qu'une augmentation, à l'intérieur de cette dernière, du nombre de jeunes pris en charge par le secteur résidentiel. L'augmentation de personnes qui développent une consommation polytoxicomaniaque et/ou associée à des troubles psychiatriques est également présentée comme caractéristique des usagers de drogues actuels.

3.2.2.1. *Caractéristiques de la population toxicomane : vieillissement, rajeunissement, polytoxicomanie et comorbidité*

L'ensemble des intervenants du secteur résidentiel interrogés relève le vieillissement de la population toxicomane accueillie par les institutions. La catégorie d'âges prise en charge irait de 18 - exceptionnellement 17 - à 45 - 50 ans, avec une moyenne de 40-45 ans. Ce vieillissement serait dû, pour certains des responsables rencontrés, au fait que les personnes ont plus souvent qu'auparavant recours, dans un premier temps, à des prises en charge ambulatoires pour tenter de résoudre leur problème de toxicomanie, le résidentiel n'étant envisagé que lorsque celles-ci ont échoué. La population plus âgée est principalement concernée par une dépendance à l'alcool. Il s'agit d'usagers définis comme alcooliques ou « *alcoolomanes* » qui consomment de manière abusive, voire sont dépendants, en moyenne, depuis 10-15 ans.

Le rajeunissement d'une partie des usagers qui suivent un programme résidentiel est évoqué par la totalité des intervenants rencontrés comme étant un phénomène en augmentation. Certaines institutions accueillent ainsi des usagers très jeunes, à partir de 17-18 ans, qui consomment en général des drogues illégales et ce, pour certains, depuis l'âge de 12-13 ans. Les structures qui ne prennent en charge que ce profil de toxicomanes font état d'une moyenne d'âge de 25 ans.

La distinction entre ces deux types de population - l'une plus âgée surtout consommatrice d'alcool, l'autre plus jeune dépendante de substances illégales - doit cependant être nuancée, les personnes toxicomanes étant de plus en plus souvent, selon nos interlocuteurs, polytoxicomanes, c'est-à-dire consommatrices de plusieurs substances psychotropes ou psychoactives parmi lesquelles l'alcool est la plus représentée. Dans ce contexte, les responsables des institutions résidentielles expliquent que la catégorisation, pour bon nombre d'usagers, se fait en fonction de la drogue « *principalement* », « *prioritairement* » ou encore « *majoritairement* » absorbée. Les personnes définies comme dépendantes à l'alcool recourent ainsi souvent à d'autres substances. Pour un directeur de structure spécialisée dans l'accompagnement de personnes alcooliques, 60% des résidents suivis dans son établissement consomment, en plus de l'alcool, des médicaments, et 15 à 30% des drogues illégales, pendant qu'un de ses confrères déclare que seuls 20% des toxicomanes qu'il prend en charge n'ont qu'un problème d'alcool.

Inversement, les toxicomanes identifiés comme dépendants aux drogues illégales associent presque toujours de l'alcool à leur consommation. Pour l'un des intervenants, les jeunes déclareraient que l'absorption de certaines combinaisons de produits, par exemple le cannabis et l'alcool, entraînerait des effets semblables à celui des drogues dites dures, telles que la cocaïne, l'héroïne ou bien l'ecstasy.

De manière plus générale, beaucoup de jeunes toxicomanes seraient spécialisés dans l'ingestion de cocktails et de mélanges de toutes sortes.

La majorité des usagers, toutes catégories confondues, est donc clairement polydépendante pour tous nos interlocuteurs. La raison en est, pour certains, l'existence d'une palette de produits beaucoup plus large qu'il y a une vingtaine d'années et qui ne cesse de se diversifier avec les substances synthétiques, en même temps qu'une accessibilité facilitée à cette offre due à la baisse des prix pratiqués.

En même temps que l'augmentation de la polytoxicodépendance chez la population prise en charge par le secteur résidentiel, les responsables de structures signalent celle des troubles psychiatriques. Beaucoup considèrent, comme le fait remarquer l'un d'entre eux,

« qu'on a objectivement toujours plus d'usagers avec des problèmes psychiatriques et avec des pathologies psychiatriques toujours plus lourdes ». Les situations de comorbidité (association de la toxicodépendance et d'un trouble psychiatrique) – appelée aussi double diagnostic – sont relevées comme très présentes, l'un de nos interlocuteurs déclarant que, dans son institution, elles concernent 85% des usagers.

Si certains directeurs interrogés ne s'expliquent pas précisément cette augmentation de la comorbidité, d'autres pensent que la toxicomanie est une réponse aux problèmes psychiatriques, les substances auxquelles les usagers sont dépendants constituant une automédication à leurs troubles. Cette consommation excessive à visée thérapeutique d'un produit peut, en outre, parfois représenter l'avantage, pour certains usagers, à être reconnus comme souffrant d'une toxicomanie plutôt que d'une pathologie psychiatrique, la nature de celle-ci pouvant être très difficile à accepter. Pour d'autres, en revanche, le diagnostic, selon nos interlocuteurs, d'une maladie psychiatrique peut se traduire par un soulagement et la perspective de sortir de la souffrance par l'administration d'une « véritable » médication, c'est-à-dire prescrite médicalement.

Néanmoins, si la toxicodépendance peut être une conséquence de troubles psychiatriques, la relation inverse est aussi relevée, à savoir qu'elle est une cause de ces derniers. Les professionnels du résidentiel rencontrés s'accordent en effet pour dire qu'une longue et excessive consommation d'alcool peut entraîner de graves séquelles, non seulement physiques, mais également psychiques, et qu'il en va de même pour les substances illégales, y compris le cannabis dont le taux élevé (40%) de THC que contient celui actuellement sur le marché peut provoquer, comme l'explique un responsable d'établissement, « des troubles psychiques profonds, donc schizophrénie, psychose, même autisme », en précisant que ce diagnostic est posé par le milieu médical.

Ainsi, si l'augmentation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, est admise par la majorité des intervenants du résidentiel interrogés, certains nuancent l'idée d'une progression effective en relevant le fait qu'elle est due, pour partie, à une meilleure identification des pathologies en question qui fait « qu'on en prend plus acte », alors que d'autres la relativisent en remettant parfois en cause le diagnostic posé. Un directeur estime qu'il arrive que des diagnostics soient incorrects et que c'est pour cela qu'il dit que, lorsqu'il accueille un usager : « Je ne crois pas d'emblée le diagnostic psychiatrique ; je ne lis pas le dossier et j'essaie de sentir avec nos outils et puis j'essaie [de l'intégrer] ». Le point de vue défendu est que les conditions de prise en charge d'une structure résidentielle – à savoir une vie collective 24h/24 – constitue, pour certaines personnes, un cadre d'évaluation d'une pathologie psychiatrique plus adéquat que celui de consultations médicales ou de séjours en hôpital psychiatrique. Cette manière de procéder a ainsi permis, toujours selon notre interlocuteur, l'accueil de personnes toxicomanes pour lesquelles ce type de programme n'était pas, a priori, recommandé par le corps médical.

Parallèlement aux problèmes psychiques, les usagers sont également décrits comme souffrant de maladies somatiques parfois graves telles que l'infection au HIV ou des hépatites.

3.2.2.2. Situation professionnelle et sociale des usagers : intégration et exclusion

La situation professionnelle et sociale des usagers pris en charge par les institutions résidentielles est présentée par nos interlocuteurs comme étant, dans la majeure partie des cas, très péjorée. Tous opèrent cependant une distinction entre les conditions de vie des personnes plus âgées et celles des plus jeunes. Nous avons vu que les premières sont décrites comme consommant principalement de l'alcool, les secondes des substances illégales. La différence ne se limite toutefois pas qu'au niveau de la nature du produit absorbé, mais concerne également le mode de consommation et, plus généralement, les modalités d'intégration dans la société.

Les professionnels rencontrés expliquent en effet que la dépendance à l'alcool intervient plus tardivement dans la trajectoire de vie d'un individu que celle aux autres substances

psychotropes ou psychoactives. Les personnes alcooliques sont donc plus âgées mais aussi, d'une certaine façon, plus intégrées professionnellement et socialement. Elles ont en effet souvent eu le temps de terminer une formation et/ou d'exercer un emploi en même temps qu'elles ont construit une relation de couple, parfois fondé une famille. Même si, au moment de leur accueil dans un programme résidentiel, la situation sanitaire, familiale, sociale et professionnelle de certains d'entre eux s'est fortement dégradée (divorce, séparation, perte d'emploi), l'expérience de vie de cette catégorie d'usagers plus âgés est différente de celle des usagers plus jeunes. Comme en témoigne l'un des responsables interrogés, « *ces personnes ont les bases pour vivre en société* », bases qui devraient faciliter les possibilités de sortir de la toxicodépendance.

Ce portrait d'un usager plus âgé, abusant surtout de l'alcool et mieux intégré dans la société, avec des meilleures perspectives de réussir le traitement suivi, nécessite néanmoins d'être nuancé. Plusieurs intervenants notent que certaines personnes alcooliques peuvent être encore bien intégrées, avec un emploi et un entourage familial présent. Leur problème majeur est celui de la toxicomanie dont la résolution constitue l'objectif principal du traitement. A l'inverse, il existe des usagers dont les difficultés sanitaires et sociales sont telles qu'il n'est plus possible pour eux d'envisager une prise d'autonomie et que la recherche d'un lieu de prise en charge permanente s'impose (logement avec un encadrement social, EMS). Il s'agit de personnes pour lesquelles la longue et intensive consommation d'alcool a entraîné des séquelles irréversibles.

Entre ces deux catégories se situe celle des personnes qui ont un problème de dépendance à régler pour pouvoir envisager une insertion sociale, voire professionnelle.

La situation sociale et professionnelle des toxicomanes plus jeunes, consommateurs de drogues illégales, est qualifiée, par nos interlocuteurs, de très « *instable* » et « *problématique* ». Dans la majorité des cas, les jeunes en question ont connu des « *parcours de vie extrêmement tumultueux* » et vécu « *des histoires dramatiques* ». Certains n'ont pas grandi avec leur famille, d'autres sont issus de familles monoparentales, de parents divorcés pour lesquels la séparation s'est mal passée. Le milieu familial de ces jeunes est décrit comme « *défavorisé* », connaissant des problèmes de dépendance, de maltraitance, d'abus sexuels. Il s'agit d'une population qui a vécu, selon l'un des responsables d'une structure résidentielle, « *des traumatismes, une culture de l'échec, des blessures, une marginalisation* », de sorte que ces jeunes « *ont peu confiance en eux, ont eu peu de valorisation* ». Bon nombre de jeunes vivaient dans la rue. Pour résumer, l'un de ses confrères déclare que « *les personnes ici sont très jeunes, très péjorées par rapport aux dépendances, au judiciaire, au niveau santé physique, psychique, au niveau de la famille et de l'emploi ; c'est le maximum* ». Plusieurs directeurs interrogés précisent qu'il existe des situations moins tragiques, mais qui restent minoritaires, de jeunes dont la situation s'est dégradée à l'adolescence.

Dans ce contexte, la consommation permet à ces jeunes, pour plusieurs responsables rencontrés, de trouver une identité en même temps qu'un groupe d'appartenance, « *leur famille [étant] les copains de la zone* ». La prise de substances illégales étant cependant importante, cette appartenance se vit sur le mode de la marginalisation et ajoute des problèmes d'ordre judiciaire à ceux liés plus directement à la consommation, les jeunes pratiquant des activités de « *deal* » ou d'autres infractions à la loi pour se procurer les doses de produits nécessaires.

L'un de nos interlocuteurs relève que les perspectives d'intégration sociale et surtout professionnelle ne seront envisageables, pour certains, qu'après « *un processus très, très long* ». Contrairement à ce qui a été dit plus haut pour la catégorie des personnes toxicodépendantes plus âgées, les professionnels qui accueillent des jeunes dans leur institution estiment, en effet, qu'ils « *n'ont pas acquis les bases pour vivre en société, ils n'ont pas les principes éducatifs de base, ils n'ont jamais été insérés* ». Ces derniers n'ont par ailleurs pas connu d'intégration professionnelle, l'un des directeurs rencontrés expliquant que 60% des jeunes pris en charge par son institution ont uniquement achevé l'école obligatoire.

Ce manque de cadre peut expliquer le fait que ces jeunes donnent l'impression à l'un des directeurs de structures d'avoir à faire « à des grands enfants qui veulent jouir vite, tout de suite, ils veulent tout le temps jouir, ils ne veulent pas de contraintes, ils ne veulent pas d'effort, ils ne veulent pas de devoirs, ils veulent que des droits ».

Une autre différence entre la catégorie dite des consommateurs plus âgés et celle des plus jeunes, est le pourcentage de personnes prises en charge par une assurance sociale (LACI, AI, aide sociale), la première bénéficiant plus souvent que la seconde d'indemnités chômage, d'une rente invalidité ou d'une aide sociale. Les jeunes sont effectivement présentés comme étant beaucoup plus souvent « hors de tout », « hors filet social » - un directeur d'institution qui accompagne des jeunes dépendants déclarant que 75% de ces derniers sont dans cette situation - même si, de manière plus générale, une partie de l'ensemble des personnes accueillies en résidentiel se trouve « au milieu de nulle part ». Sinon, il y a un certain nombre d'usagers qui n'ont besoin d'aucune prestation sociale dans la mesure où ils ont pu conserver leur emploi.

La population toxicomane est donc, de manière générale, présentée comme très fragile et désinsérée, en grandes difficultés sanitaire, sociale et professionnelle, avec une « expérience beaucoup plus forte sur beaucoup plus de produits [qu'auparavant] » et qui « supporte beaucoup moins bien la frustration », comme l'explique un responsable d'établissement. Le profil des usagers a ainsi fortement changé, comparé à celui pris en charge il y a une vingtaine, voire une trentaine d'années, et décrits, par certains de nos interlocuteurs, comme « plus caractériels », « plus extrémistes », vivant dans une « marginalité plus choisie », avec plus de ressources à disposition pour affronter les traitements et les exigences que ceux-ci imposent et parvenir ainsi à réaliser une insertion socio-professionnelle.

La précarité de la population accueillie (polytoxicomanie, comorbidité), mais aussi sa diversité en termes d'âge, de substances consommées et de degré d'intégration, ont considérablement complexifié l'accompagnement et le suivi de personnes toxicodépendantes. Dans ce contexte, on observe que le résidentiel ne peut plus être considéré comme offrant une prise en charge qualifiée de « haut-seuil », qui accueillerait des usagers disposant de ressources permettant de répondre à un niveau élevé - précisément « haut-seuil » - d'exigences (abstinence, vie communautaire, réinsertion professionnelle) comme cela était encore le cas il y a une quinzaine d'années. Cette catégorie d'usagers - « la crème de la crème » de la population toxicomane, comme disent certains, est en effet suivie, depuis qu'ils ont été mis en place, par les dispositifs ambulatoires.

Ce changement du profil des usagers toxicomanes pose la question de l'adéquation du type de prise en charge proposé par le secteur résidentiel à cette population.

3.2.3. La prise en charge résidentielle : une adaptation des moyens et des objectifs

Les changements du profil de la population accueillie, ainsi que les évolutions en matière de compréhension de la dépendance ont entraîné, pour le secteur résidentiel, la nécessité de reconsidérer les pratiques d'intervention et de traitement de la toxicomanie pour les adapter au mieux aux exigences actuelles.

Les institutions résidentielles analysées visent toutes le traitement de la toxicodépendance. Certaines accueillent des usagers dépendants à tout type de produits, que ceux-ci soient légaux ou illégaux, d'autres sont spécialisées dans la prise en charge de personnes souffrant principalement d'addiction à l'alcool.

Le point commun qui a caractérisé, à la base, ces structures et qui en a constitué la spécificité même au moment de leur mise en place, entre les années 70 et 90, c'est l'unité de lieu, d'intervention et de temps. Le lieu était, dans la majeure partie des cas, éloigné des zones urbaines, le temps de longue durée et l'intervention propre à chaque établissement.

Dans cette section, nous allons voir l'évolution et les transformations du cadre de ces institutions, en termes de prise en charge des personnes toxicodépendantes, en nous intéressant aux différentes dimensions qui le constituent.

3.2.3.1. Critères d'admission, conditions de séjours et organisation du traitement

La condition *sine qua non* pour être pris en charge par une institution résidentielle de traitement de la toxicomanie est de s'engager à s'abstenir de consommer, au moins pendant la durée du séjour, des substances psychotropes ou psychoactives.

Cela signifie que, lorsque les personnes sont accueillies dans une structure, elles ont déjà, pour la majorité, effectué un sevrage. Celui-ci s'est déroulé sous le contrôle du corps médical - en milieu hospitalier ou ambulatoire - ou bien a été réalisé par les personnes elles-mêmes - avec ou sans aide (par exemple celle des Alcooliques Anonymes) - ou encore, pour certains usagers, dans l'institution résidentielle même, au moment de leur admission.

Le sevrage à l'héroïne ou à la cocaïne se fait généralement en milieu hospitalier, selon nos interlocuteurs, même si certains usagers parviennent à l'effectuer par eux-mêmes⁵, alors que le sevrage à l'alcool ou au cannabis - considéré comme un « *sevrage simple* » par plusieurs responsables interviewés, et surtout dans lequel ils ont de l'expérience - est plus souvent pratiqué en institution. Quelques intervenants expliquent avoir également effectué des sevrages de méthadone, plus rarement de subutex⁶, soit de manière dégressive, en accord avec l'ambulatoire, soit « *à sec* », c'est-à-dire d'un coup.

Dans certaines institutions, le sevrage doit être réalisé pour tout produit consommé et pas seulement pour celui ou ceux au(x)quel(s) l'utilisateur est dépendant. Une institution interdit ainsi toute consommation de substance, donc y compris le tabac, et essaie, lorsque cela peut être envisagé, de diminuer, en concertation avec le médecin, la quantité de médicaments pris. Ce cas de figure est notamment évoqué lorsque le problème de toxicodépendance a entraîné une médication qui, estime le responsable de la structure en question, peut être restreinte, voire arrêtée avec l'abstinence et le travail de restructuration de la personne réalisé dans le cadre du programme de prise en charge.

Dans d'autres structures, la consommation de certaines substances reste cependant tolérée. Nous avons vu que bon nombre de lieux d'accueil résidentiel acceptent en effet les personnes sous méthadone, mais également sous médicaments. Elles acceptent généralement le tabac, tolèrent parfois l'alcool, mais à condition qu'il soit consommé uniquement à l'extérieur de l'établissement et de manière modérée. Plusieurs de nos interlocuteurs expriment toutefois des réticences par rapport à des consommations autres que celles dont une personne toxicomane a initialement abusé, en raison du risque de report d'une addiction sur une autre.

On observe que la question de la gestion - autorisée ou non - des substances absorbées par les usagers est délicate et exige une grande prudence, les interférences entre celles-ci pouvant être dangereuses. Un directeur rencontré déclare ainsi ne jamais varier les doses de méthadone d'un résident, même si ce dernier le souhaite, sans consultation avec l'ambulatoire qui gère cet aspect, sachant que deux tiers des usagers consomment, parallèlement à la substitution, d'autres produits (alcool, cocaïne, et même héroïne).

L'exigence d'une abstinence, qu'elle soit totale ou sélective, constitue donc clairement un critère d'admission pour suivre le programme d'une structure résidentielle de traitement. L'objectif visé par l'abstinence est que « *le produit ne fasse pas filtre entre les [usagers] et les [accompagnants]* » et que « *l'énergie puisse être mise dans la démarche [initiée]* ». Pour plusieurs directeurs d'établissement, l'abstinence est absolument incontournable et le problème est, pour l'un d'entre eux, qu'« *on part du postulat que les gens sont capables de*

5 Par exemple avec des amis, en s'isolant en montagne, dans des lieux de retraite.

6 C'est un substitut de synthèse aux opiacés, à haut dosage de buprénorphine.

décision quand ils sont addicts. C'est un leurre. L'idée [de l'abstinence], c'est de sortir les gens de leur consommation pour [qu'ils puissent] prendre le recul nécessaire pour faire des choix ».

Le principe est donc, comme le résume l'un de nos interlocuteurs, que *« le travail en institution [soit] un travail sans produit, [qu']on travaille avec l'abstinence »*, ce qui se passe à la fin du séjour relevant du choix des usagers, ceux-ci faisant comme ils veulent. Qu'ils souhaitent maintenir leur abstinence ou envisager une consommation contrôlée, plusieurs professionnels déclarent qu'ils seront aidés dans leur démarche car comme le précise l'un d'eux, *« on ne peut qu'adopter le point de vue de la personne, on ne va pas lui imposer quoi que ce soit »*. Pour un autre, le but idéal à viser est surtout *« une sobriété émotionnelle »*, à savoir être capable, pour un individu de ne pas consommer excessivement au moindre événement, que celui-ci soit de nature négative ou positive. L'abstinence est donc clairement (voir point 3.2.1.) un moyen de traiter les problèmes d'addiction et non plus une finalité en soi. Elle reste cependant *« une exigence absolue »*, non négociable, à l'intérieur de l'institution, *« les usagers ayant le droit d'avoir un lieu sans produit »*. C'est à ce titre, par respect pour les autres résidents, que la rechute d'un usager durant la prise en charge résidentielle va entraîner, dans certains établissements, une exclusion de plusieurs jours à quelques mois, alors que dans d'autres, on constate que, contrairement à ce qui se passait il y a quelques années, une reconsommation ne va pas automatiquement signifier un éloignement, mais sera discutée et utilisée comme élément thérapeutique.

L'assouplissement ne concerne pas que l'objectif d'abstinence. L'exigence de faire preuve de motivation à arrêter la consommation habituellement posée comme condition a également été reconsidérée. Le critère d'admission serait plutôt *« d'essayer de rester dans [le lieu] »*. L'ensemble de nos interlocuteurs disent en effet que la motivation peut se travailler dans le cadre de la prise en charge, que *« la motivation à changer peut être un processus de longue durée »*, comme le souligne un directeur d'établissement qui ajoute que *« le temps ne m'appartient pas, il appartient à l'usager, donc on va à son rythme »*, en déplorant que cette approche s'oppose aux demandes des financeurs.

L'attente des usagers n'est effectivement pas toujours en adéquation, au moment de leur admission, avec les exigences de l'institution qui les accueille. Si certains expriment clairement le souhait de sortir totalement et définitivement de leur dépendance et considèrent que la prise en charge résidentielle va être le moyen d'atteindre cet objectif en leur permettant de rompre avec la consommation et le milieu dans lequel elle a lieu, beaucoup viennent en résidentiel simplement, comme le relèvent plusieurs de nos interlocuteurs, parce *« ça ne va plus »*, c'est-à-dire que les effets négatifs de la consommation (le deal, les problèmes avec la justice) prennent le dessus sur les effets positifs. Pour un des responsables interrogés, *« c'est un mensonge ou un discours adapté de dire [que les usagers] ont envie de s'en sortir et puis d'être abstinentes »*, car *« s'ils disent vouloir arrêter, ils pensent à la coke et à l'héro, mais pas au joint, à l'alcool, donc ensuite ils se font rattraper par ce problème-là et puis ils reviennent 4-5 ans plus tard »*. Ce constat que le traitement de la toxicomanie est un processus et une démarche au long cours, fait de nombreux allers-retours entre le résidentiel et l'extérieur, est partagé par l'ensemble des professionnels du secteur résidentiel rencontrés.

Une fois la personne admise, l'un des aspects essentiels du traitement résidentiel est d'expliquer les mécanismes physiques et psychiques de l'addiction. Dans certaines institutions, les membres de l'équipe socio-éducative se sont formés, depuis de nombreuses années, déjà en alcoologie. Ils enseignent ce savoir, issu des connaissances des neurosciences, pour instruire les usagers sur la toxicodépendance en soulignant son caractère de maladie, ce qui, selon plusieurs directeurs interrogés, déculpabilise ces derniers. Le but visé est, pour l'un des intervenants, de faire en sorte que les *« usagers soient le plus alcoologues possible »* afin qu'ils comprennent au mieux les causes, mais qu'ils mesurent aussi les conséquences de leur comportement, notamment sur leur entourage. Identifier et comprendre la cause de la dépendance est présenté, par nos interlocuteurs, comme une étape importante du

traitement, mais non suffisante. Selon l'un de ces derniers, « *il faut surtout réfléchir à ce que [les usagers] ont mis en place [...] pour gérer ça, donc le produit* » et ensuite voir comment remplacer cette stratégie par une autre.

Le but du résidentiel consiste donc à amener l'utilisateur à prendre conscience de sa dépendance physique et psychique à une substance et, pour en sortir, retrouver une autonomie sociale qui lui permettra de (re)construire, et si possible de maintenir, un mode de vie qui n'est plus basé sur la consommation abusive. On observe cependant que la définition de l'autonomie sociale n'est pas la même selon les types de populations considérées. La diversité et la multiplicité des profils et des situations des usagers accueillis par le secteur résidentiel ont en effet complexifié la prise en charge de ces derniers de sorte que, selon leur âge, leur état de santé, ainsi que leur degré d'insertion, les objectifs et les moyens de les atteindre ne seront pas les mêmes. La réintégration professionnelle n'est ainsi, pour les personnes plus âgées, envisagée que lorsque cela est possible, alors qu'elle est, dans le cas des plus jeunes, beaucoup plus souvent évoquée. Si les objectifs du séjour résidentiel sont adaptés aux usagers, il en va de même des moyens mis en œuvre pour les réaliser. Ainsi, si l'approche pour les plus âgés est décrite comme relevant de la réadaptation ou de la réinsertion, elle est qualifiée de socio-éducative pour les plus jeunes.

Pour réaliser ces différents objectifs, le résidentiel « *offre un énorme potentiel* », selon une des personnes interrogées. La force de la prise en charge en institution réside, en effet, pour l'ensemble de nos interlocuteurs, dans le fait que, les usagers étant pris en charge 24h/24, les professionnels peuvent « *travailler au quotidien sur le quotidien* », que ce « *quotidien constitue un élément thérapeutique* », l'élément de base de leur accompagnement. La gestion des tâches administratives fait ainsi partie intégrante de la prise en charge.

Néanmoins, pour que l'accompagnement soit adéquat, il a fallu que le résidentiel procède à un certain nombre de changements et de réajustements.

L'une des transformations présentée comme importante et ayant entraîné des bouleversements est la composition des équipes professionnelles qui prennent en charge les usagers. A un accompagnement et à un suivi assumés principalement, jusqu'il y a peu, par des éducateurs et des maîtres socio-professionnels ont succédé des équipes pluridisciplinaires. Ces dernières comprennent ainsi aujourd'hui, en plus des travailleurs sociaux, également des infirmiers et des psychologues. Les médecins, qu'il s'agisse de somaticiens ou de psychiatres, sont aussi plus intégrés qu'auparavant en effectuant régulièrement des visites dans les institutions résidentielles. Cette volonté d'une approche pluridisciplinaire répond à la nécessité de s'adapter à l'évolution des difficultés rencontrées par la population toxicomane, à savoir principalement l'augmentation de la polytoxicomanie et de la comorbidité, mais aussi des maladies somatiques (HIV, hépatites, etc.). Cette modification des équipes de prise en charge des usagers a entraîné, selon plusieurs de nos interlocuteurs, des résistances de la part des représentants du travail social oeuvrant dans le domaine de l'addiction depuis de nombreuses années, ceux-ci exprimant le sentiment, comme le dit l'un d'entre eux, que leur « *travail leur est volé par le médical* ». Par rapport à la pluridisciplinarité, un des directeurs explique que son équipe est, à l'heure actuelle, encore en apprentissage, « *qu'aujourd'hui, on est dans une phase où chacun doit trouver sa place, [...] la toxicomanie ne se gère pas qu'avec [le médical ou le social], donc il faut trouver le bon équilibre* ».

Un autre changement intervenu au niveau de la prise en charge du secteur résidentiel est le rôle du groupe. Au moment de la mise en place des institutions résidentielles, dans les années 70 et 80, celui-ci était très important dans le traitement de la dépendance. La vie en collectivité constituait un outil essentiel de la thérapie dans la mesure où les autres résidents étaient à la fois les révélateurs, par un effet miroir, dans une situation de face à face, de l'état de chaque usager et les accompagnateurs, dans une logique de cheminement et de soutien effectués côte à côte. Certains responsables de structures racontent que la communauté remplissait alors un rôle clairement thérapeutique, exercé parfois de façon très active lors des réunions de groupe pendant lesquelles l'éducateur se contentait de faire le

lien, la médiation entre les participants. Pour l'un des intervenants, « *la remise en question, c'était celle des autres [résidents]* ».

Aujourd'hui la vie communautaire, la vie en groupe s'est distendue, les usagers disposant de plus de liberté pour décider avec quelle intensité ils souhaitent s'y intégrer. Le groupe rassemblant la totalité des résidents est moins souvent réuni qu'auparavant, cédant la place à la constitution de plusieurs sous-groupes se formant selon des thématiques ou des activités spécifiques. En outre, une prise en charge plus individuelle s'est développée, les usagers rencontrant leur conseiller, leur référent, le psychologue, l'infirmier ou encore le médecin, seul à seul, un responsable expliquant qu'il a pris conscience « *que ce qui est valable pour l'un ne l'est pas pour l'autre* ». Cette personnalisation et individualisation de la prise en charge dans le cadre du traitement institutionnel ne signe toutefois pas la fin du groupe, loin s'en faut. Le groupe reste un outil présenté comme intéressant par la majorité des professionnels interrogés « *un outil qui s'est modifié* » certes, mais qui demeure une spécificité du résidentiel à laquelle il n'est pas question de renoncer « *parce que c'est le partage, parce que c'est l'obligation de reconnaître l'autre* » ; confrontation salutaire et absolument nécessaire, mais également identification permettant d'accepter et de comprendre sa propre dépendance, « *car s'il y a un truc où ils sont égaux, c'est bien par rapport à la nécessité de consommer* », comme le résume l'un des intervenants rencontrés. En outre, lorsqu'il s'agit d'accompagner la catégorie des jeunes pour laquelle l'approche la plus adaptée est socio-éducative, selon l'ensemble des professionnels interrogés, la « *communauté thérapeutique* » fait complètement sens et devrait dès lors, en raison de l'augmentation de cette population, être pratiquée de manière plus importante.

La notion de groupe s'est également modifiée en raison de la mixité des populations accueillies dans le secteur résidentiel par certains établissements, mixité gérée de manière différente selon les lieux, certains séparant, d'autres mélangeant les profils considérés. Un responsable de structures explique, par exemple que, disposant de deux bâtiments, l'un prenant en charge les personnes principalement dépendantes à l'alcool, l'autre celles aux drogues illégales, il a, avec le temps, opté pour d'autres critères de regroupement, à savoir l'âge et le degré d'insertion, ces variables lui semblant plus pertinentes que celle du type de produit consommé. Un de ses confrères explique que la cohabitation des types d'usagers ne pose aucun problème, que « *le mélange des vieux et des jeunes se passe bien, [que] les vieux alcooliques prennent sous leurs ailes les jeunes toxicomanes* », la relation relevant du « *coaching, de la connivence* » même si, au départ, il y a quelques années encore, les consommateurs d'alcool et ceux de substances illégales déclaraient ne pas a priori se reconnaître les uns dans les autres.

Une des autres transformations majeures du secteur résidentiel concerne la durée de séjour en institution résidentielle. Le raccourcissement de la durée de prise en charge qui pouvait, il y a quelques années encore, être particulièrement longue – certains de nos interlocuteurs évoquent des séjours de plusieurs années – a, en effet, été un défi majeur que le résidentiel a dû relever en raison de l'augmentation de l'accompagnement ambulatoire et de la concurrence que celui-ci a faite au résidentiel, étant considéré comme plus souple dans ses exigences en même temps que moins coûteux.

Les institutions résidentielles proposent ainsi depuis plusieurs années, des durées de prise en charge pouvant être très variables selon les institutions et, à l'intérieur de celles-ci, selon les programmes, un temps de séjour oscillant ainsi entre 4 semaines à 18 mois. Comme l'explique l'un de nos interlocuteurs, il était « *impératif de rajouter le concept* », précisément en offrant la possibilité de suivre des traitements sur une période relativement courte afin de pouvoir permettre notamment à des personnes en situation de dépendance qui sont encore insérées socialement et professionnellement d'entrer en traitement pour quelques semaines, cas de figure concernant surtout des usagers dépendants à l'alcool. Cette diversification de la palette a permis, selon plusieurs responsables rencontrés, aux structures résidentielles de s'adapter à des demandes, et donc à des populations, plus variées, celles nécessitant un accueil prolongé pour avoir le temps de se (re)construire individuellement,

de s'insérer socialement, voire de se réintégrer professionnellement, pouvant continuer à bénéficier d'un suivi de longue durée, même si cela devient, selon l'ensemble des intervenants rencontrés, de plus en plus difficile dans le contexte actuel de restructuration de l'offre résidentielle, les financeurs souhaitant une diminution globale de la durée des séjours résidentiels.

3.2.3.2. Réinsertion professionnelle et sociale : de l'activité occupationnelle à l'emploi

L'objectif du traitement résidentiel est l'autonomisation des usagers par rapport au(x) produit(s) au(x)quel(s) ils sont dépendants grâce à un processus de compréhension des causes et des mécanismes de l'addiction, mais également en identifiant une stratégie pour mettre en place un autre mode de vie permettant de s'affranchir, si possible définitivement, de la toxicomanie.

Nous avons vu que, si certains usagers sont encore bien insérés socialement et professionnellement, cela n'est pas le cas pour d'autres. Pour ceux-ci, il est nécessaire d'envisager une réinsertion voire, pour les plus jeunes, une insertion sociale et professionnelle. Concrètement, pour que celle-ci soit effective, il faudrait que l'utilisateur dispose d'un emploi, d'un logement et d'un réseau social. Si cet idéal ne peut pas être atteint par tous les usagers en raison soit de leur état sanitaire soit du contexte social et économique, il constitue un objectif pour d'autres qui sert de base au travail thérapeutique effectué pendant le séjour en institution.

La (ré)insertion professionnelle est ainsi présentée par bon nombre d'établissements résidentiels, comme l'une de leurs « *forces majeures* ». Dans certaines structures, les possibilités sont nombreuses pour améliorer les compétences et augmenter les qualifications professionnelles des usagers, celles-ci s'obtenant par une logique de progression. Les moyens pour réaliser cette trajectoire de (ré)insertion sont divers et multiples : activités occupationnelles pour retrouver un rythme de travail, ateliers, stages, formations. Certaines institutions se sont spécialisées dans l'intégration professionnelle en disposant d'ateliers (menuiseries, etc.), alors que d'autres offrent des possibilités de formation dans le cadre des activités liées au fonctionnement de la structure (cuisine, travail de la terre, etc.).

Lorsque les ateliers ne font pas partie de la structure, les responsables expliquent utiliser les moyens du réseau, à savoir les mesures socio-professionnelles proposées dans le cadre de la LACI, de l'AI et de l'aide sociale. Un partenariat avec une série d'employeurs établis dans la région du lieu résidentiel constitue également une opportunité, notamment par le biais de stages non-rémunérés, de placer les usagers.

Dans le cas des jeunes adultes, le responsable d'une structure accueillant ce type de population déclare avoir des liens avec des écoles professionnelles permettant de certifier des acquis obtenus et de faire entrer des jeunes dans une école professionnelle ou un apprentissage.

On observe donc qu'un travail de réinsertion jusqu'au retour ou à l'entrée sur le marché de l'emploi est possible pour certains usagers. Pour d'autres, le but de l'activité sera uniquement occupationnelle, leurs difficultés, mais aussi les exigences en termes de qualification et d'expérience professionnelle demandées par les employeurs étant de plus en plus élevées et, parce que les emplois peu qualifiés existent de moins en moins. Dans une situation économique tendue, les personnes ayant connu des problèmes d'addiction ne sont pas prioritaires.

La disposition d'un logement constitue également un enjeu important de l'insertion des usagers, mais qui pose problème. Au moment de l'admission dans une structure résidentielle, certains usagers doivent en effet abandonner leur logement en raison du coût, celui-ci ne pouvant continuer d'être assumé parallèlement à celui d'un séjour de plusieurs mois en institution. C'est le cas, entre autres, des personnes qui bénéficient de l'aide sociale, cette dernière refusant de payer le traitement et le logement. A la sortie du résidentiel,

ces mêmes usagers devront retrouver un logement dans une situation extrêmement tendue selon les régions. Cette difficulté est partagée par un certain nombre d'autres personnes dont les conditions de logement n'étaient pas adéquates (sans domicile fixe, logement précaire, etc.). La recherche d'un logement est d'autant plus difficile que les gérances sont réticentes à accorder un bail à des personnes qu'elles estiment être problématiques.

Dans ce contexte, plusieurs institutions ont mis en place des stratégies pour pallier à ce problème en prenant le bail d'un appartement à leur nom. L'intention est, en se portant ainsi garant de l'usager qui occupe le logement, que si la location se déroule bien, le bail lui est cédé. Certaines structures disposent même d'appartements dans lesquels ils peuvent héberger, pour des périodes de transition plus ou moins longues, parfois durables, des usagers. Ces logements sont dits protégés, car ils offrent une série de prestations (restauration, sécurité, aide administrative, loisirs) assurées par des travailleurs sociaux qui permettent à des personnes qui, si elles ne sont plus toxicodépendantes et n'ont plus besoin d'une prise en charge intense ne sont néanmoins pas assez stabilisées émotionnellement et intégrées socialement pour pouvoir vivre de manière tout à fait autonome. Il s'agit souvent de personnes au bénéfice d'une rente AI avec prestations complémentaires et/ou sous tutelle, plutôt âgées et souffrant de solitude, auxquelles convient bien, comme l'explique un responsable, « *une approche communautaire* ».

Cette pratique de mise à disposition de logements aux ex-résidents présente un grand intérêt et nécessiterait, selon la majorité de nos interlocuteurs, d'être développée. En effet, au-delà du rôle de transition progressive entre le résidentiel et une autonomie que peuvent favoriser les logements protégés, ceux-ci répondent à une demande plus large due à la situation de désinsertion et de vulnérabilité de plus en plus grande de la population toxicomane qui empêche le retour à une autonomie complète. L'ensemble de nos interlocuteurs évoquent ainsi la nécessité de trouver des solutions d'hébergement pour ces personnes.

Le travail de prise d'autonomie des usagers par rapport au produit, sociale et/ou professionnelle nécessite, pour nos interlocuteurs, de très souvent solliciter les familles de ces derniers. L'intégration de la famille constitue effectivement un aspect essentiel de la prise en charge résidentielle proposée aux personnes dépendantes et ce, tant dans l'intérêt du résident que dans celui de son entourage proche. L'un des directeurs rencontrés considère même que « *c'est quasiment une faute professionnelle de ne pas voir [la famille]* » et que celle-ci « *est très soulagée de venir* ». Pour bon nombre des responsables interrogés, l'objectif du travail avec la famille est double : d'une part, rétablir la communication avec les proches, « *la maladie de l'addiction étant* », comme l'exprime l'un de nos interlocuteurs, « *une maladie de la non-communication* » dans le but d'aider l'usager à comprendre et à résoudre des problèmes afin de le soutenir dans son traitement, d'autre part, traiter la co-dépendance, « *dépendance à part entière* » comme le dit l'un de ses confrères, qui a pu se mettre en place pour un, parfois plusieurs membres de l'entourage.

Dans les deux cas, l'approche la plus souvent privilégiée est d'ordre systémique. Elle est pratiquée, dans le cadre résidentiel par un-e psychologue ou bien, à l'extérieur de celui-ci, soit dans une structure ambulatoire de prise en charge de l'addiction, soit par un thérapeute indépendant. Certaines structures résidentielles proposent en outre des modules qui s'adressent aux proches.

Néanmoins, comme nous l'avons vu pour la gestion du groupe, le travail avec la famille, s'il est considéré comme très pertinent par la presque totalité de nos interlocuteurs « *parce que cela fait partie de l'évolution de la personne* », pour l'un d'entre eux, l'un des directeurs d'établissement relève que son équipe « *ne l'envisage plus aussi systématiquement qu'il y a quelques années, mais uniquement en fonction des besoins pour tenir compte de la spécificité de chaque personne* », pendant qu'un autre explique « *qu'on ne peut pas l'imposer* ».

3.2.4. La spécificité et les effets du résidentiel : de la réduction des risques à la réinsertion

L'analyse des propos tenus par les représentants du secteur résidentiel montre la coexistence de pratiques héritées de l'époque de la mise en place des institutions et de celles nouvellement initiées dans le but de s'adapter aux changements intervenus dans le domaine de la dépendance qu'il s'agisse de la multiplication des intervenants impliqués dans la prise en charge des usagers ou de l'évolution des connaissances médicales en matière d'addiction. Cette situation est résumée par l'un de nos interlocuteurs lorsqu'il déclare que, dans son établissement « *on a dû adapter les programmes, mais en gardant la philosophie de base [qui] est restée la même* ».

On constate toutefois que cette coexistence entre héritage du passé et changement actuel ne se vit pas sans difficulté. En effet, si la nécessité de modifier la conception et le cadre d'intervention du secteur résidentiel sont intégrés par l'ensemble des responsables interrogés, force est de constater que la gestion entre principes fondateurs et obligation de souplesse est délicate et ne se réalise pas sans tension.

Concrètement, l'exercice est en effet difficile dans un contexte de concurrence entre différents types de prise en charge (augmentation des prestations ambulatoires et développement du secteur médical) dans le champ de la dépendance en même temps que, depuis quelques années, l'injonction, de la part des cantons, en raison des restructurations financières, de se réorganiser, sans pourtant que ceux-ci n'indiquent précisément l'orientation à suivre, comme le déplorent la plupart des responsables interrogés.

Une partie des prestations proposées par le résidentiel au moment de sa mise en place a ainsi été assumée par d'autres ou bien remise en question par le développement des neurosciences et de la psychiatrie, mais parfois aussi du travail social (notamment par le développement de la professionnalisation) en même temps que par les usagers eux-mêmes, leurs profils et leurs attentes n'étant plus les mêmes qu'il y a 15-20 ans.

Dans ce contexte se pose la question de savoir quelle est aujourd'hui la spécificité du résidentiel, identification indispensable pour pouvoir se positionner dans le champ de l'offre de prestations qui sont proposées dans le domaine du traitement et de la prise en charge des personnes en situation de dépendance à une substance.

Nos interlocuteurs répondent tous à cette question en évoquant la possibilité pour l'usager d'être dans un lieu qui offre une prise en charge 24h/24. Cet accueil permet à la personne de sortir de son milieu de consommation et donc de mettre à distance les substances absorbées et, dans le cas où celles-ci sont illégales, de supprimer les actes de délinquance qui peuvent en découler.

Cet éloignement du lieu de vie usuel des usagers leur permet de faire une pause qui favorise la diminution des facteurs de stress liés à la consommation. Le lieu résidentiel permet à la personne de « *souffler* », de bénéficier de « *protection* », de se sentir « *en sécurité* ». Il permet l'arrêt de la consommation durant le séjour, voire au-delà. Cette situation permet aux usagers de retrouver un rythme et une hygiène de vie, mais aussi une motivation pour comprendre les causes et les conséquences de leur dépendance et les moyens de la gérer, voire d'y renoncer. Pour l'un de nos interlocuteurs, la structure dans laquelle il œuvre « *offre un lieu où la personne toxicomane va pouvoir trouver des compétences, des connaissances, en même temps un abri – si je puis m'exprimer ainsi – où elle va pouvoir travailler le pourquoi de sa problématique toxicomane, [...], c'est sa possibilité [de] grandir avec ses moyens, ses outils, les outils mis à disposition vers ce cheminement qui est [celui de l']autonomie* ».

Néanmoins, l'organisation - même si, nous l'avons vu, à un degré moindre qu'il y a quelques années - communautaire ne convient pas à toutes les personnes toxicomanes, pas à celles qui ont, comme le dit un responsable, « *un équilibre extérieur, une vie familiale, une vie sociale* », par contre si « *je n'ai rien, j'ai à réapprendre, à recroire à quelque chose, à*

repenser à quelque chose », alors le résidentiel en tant que lieu de vie constitue le bon type d'accompagnement.

Le secteur résidentiel, en raison de l'abaissement du niveau de certaines exigences (abstinence temporaire et/ou sélective, motivation faible), ainsi que du caractère fortement désinséré d'une partie de la population toxicomane, est décrit par quelques directeurs de structures comme remplissant aussi le rôle d'un lieu de réduction des risques non pas seulement sanitaires, mais également sociaux.

A cet atout s'ajoute celui, pour une autre partie de la population dépendante, des opportunités de (ré)intégration professionnelle, plus ou moins importantes selon les institutions, proposées sous forme de suivi soutenu et, dans certains cas, progressif de mesures pouvant déboucher sur un emploi, même si, nous l'avons évoqué, le contexte économique et les exigences du marché du travail actuels rendent une telle trajectoire de plus en plus difficile.

A partir de ces caractéristiques spécifiques du résidentiel, c'est-à-dire la multitude – dans certains cas –, la continuité et l'intensité des prestations et ce qu'elles peuvent induire, la question qui se pose est celle de savoir quels sont les effets, au-delà de la période de prise en charge des usagers, que l'on peut observer sur les pratiques de consommation et plus généralement sur la trajectoire des usagers.

Autrement dit, dans une approche évaluative, quelle est l'efficacité d'un séjour résidentiel pour les usagers ? Répondre à cette question suppose que l'on ait, d'une part, identifié les objectifs et, d'autre part, défini les résultats visés, ce qui apparaît à l'heure actuelle comme trop complexe aux yeux du design de recherche découle de la problématique générale et des questions qu'elle suscite. Concrètement, il s'agira, dans un premier temps, d'identifier et d'analyser l'offre de mesures de traitement résidentiel. Cette approche nous permettra déjà d'identifier différents modes d'articulations, formels ou informels, entre le résidentiel et le secteur ambulatoire. Nous évaluerons, dans un deuxième temps, l'impact du séjour et des mesures dont ont bénéficié les résidents, en amont, en aval et durant les séjours en résidentiel. Enfin, nous esquisserons quelques conclusions synthétiques en matière de forces et de faiblesses du secteur résidentiel, ainsi que des risques et des opportunités qui s'offrent à l'action collective dans ce champ afin d'envisager quelques pistes de réflexion pour l'avenir.

L'efficacité de la prise en charge des usagers au sein des institutions résidentielles sera analysée sous plusieurs angles : les spécificités de l'offre de mesures de traitement et de réinsertion, leurs objectifs et leurs effets sur les usagers, ainsi que la satisfaction de ces derniers. Nous avons retenu cinq axes en référence à l'indice de gravité d'une toxicomanie adulte (IGT), soit : l'état de santé physique et psychique ; la situation en forme de consommation ; les relations familiales et interpersonnelles ; l'emploi et les ressources ; la situation judiciaire. x des intervenants du secteur résidentiel parmi lesquels la plupart critiquent cette « utopie », déjà ancienne, de pouvoir rendre compte précisément des effets d'un traitement résidentiel. Pour l'un des directeurs, « on a eu au niveau de la thérapie résidentielle [...] une image de la boîte noire, si on veut, où vous aviez un produit qui rentrait, qui était la personne qui consommait et puis qui ressortait à l'autre bout guéri et retapé ». Or, si la réponse à cette attente a toujours été difficile, elle semble l'être encore plus aujourd'hui avec l'évolution et la diversification des approches sur la dépendance à une substance. En multipliant les possibilités de gérer la consommation abusive (consommation contrôlée de certains produits, substitution à la méthadone) et ce, dans un contexte où il est plus difficile de recourir aux vecteurs classiques d'insertion (réseau social, intégration professionnelle), quelle est la réussite qu'il faut envisager pour un usager ? Un responsable interrogé exprime cette complexité lorsqu'il demande, à propos des effets du résidentiel, « quel est l'objectif ? Qu'est-ce qui est atteint ? C'est quoi le succès ? Qu'une autonomie sociale ? Certains réussissent alors qu'on n'y croyait pas, d'autres, c'est l'inverse. Ce serait génial, si on pouvait dire « si vous venez chez nous, vous avez tant de pourcentage de réussite et puis on vous le garantit sur papier » ».

En outre, ce qui rend l'évaluation des effets d'un séjour résidentiel encore plus complexe, c'est le fait que celui-ci s'inscrit dans une trajectoire plus large de prise en charge, les personnes toxicomanes ne suivant souvent pas qu'un type de thérapie, mais plusieurs qui comprennent également de l'ambulatoire, du médical, parfois un autre lieu résidentiel, la trajectoire d'une personne dépendante étant généralement une trajectoire au long cours, faite d'allers-retours entre la consommation et la non-consommation, entre les structures. Les effets de ces différentes prises en charge sont donc présentés, par nos interlocuteurs, comme cumulatifs, ce qui fait dire à un intervenant que « *peut-être que ce bout de [structure x] avec ce bout de [structure y] ou avec ce bout de [structure z] fera un bout de quelque chose* ».

Dans ce contexte, une rechute, qu'elle intervienne pendant le traitement ou bien après la fin d'un séjour, n'est plus interprétée comme un échec, car « *même si le résidentiel échoue* », un directeur d'établissement estime que « *les usagers repartent en ayant appris quelque chose sur eux qui leur permet de poser une demande à l'ambulatoire* ». Dans cette conception du parcours de la personne toxicomane en forme de spirale, le mouvement est donc, en dépit des revers et des écueils, globalement ascendant pour bon nombre de nos interlocuteurs.

De façon plus mesurable, quelques-uns de nos interlocuteurs évoquent comme apport du résidentiel que, même si le taux de résidents dont l'intégration socio-professionnelle effective à la sortie de l'institution n'est, de manière relative, pas très élevé - celui-ci oscillant entre 10% et 50% selon les institutions et le type de substance consommée - il représente en termes absolus une économie considérable pour la société, le coût de la dépendance étant pour les assurances-maladie et les assurances sociales (aide sociale, AI et LACI) extrêmement important.

L'évaluation des effets du résidentiel est par ailleurs difficile, car si les objectifs qui lui sont assignés sont peu précis de la part des cantons, les structures n'expriment pas d'approche commune. Pour survivre, beaucoup d'entre elles se sont mises à diversifier leurs prestations, c'est-à-dire que « *chacune a commencé à tout faire* », comme le relève un directeur. Or, si la diversité est essentielle, elle doit se situer au niveau de l'ensemble de la palette d'offre et non pas à l'intérieur de chaque institution où chacune aurait intérêt à préserver et à développer une spécificité propre. Pour ce faire, la collaboration entre les différents lieux résidentiels s'impose afin de se mettre d'accord sur les options à envisager. Une telle procédure permettra aussi d'identifier et d'organiser le développement ou la mise en place des innovations en matière de prise en charge résidentielle qui sont évoquées par l'ensemble des intervenants rencontrés, à savoir des structures résidentielle existant de manière marginale, voire pas du tout, tels les établissements pour personnes âgées et/ou, dans l'impossibilité de vivre de manière autonome, des lieux pouvant accueillir pour des séjours de courte durée les personnes en situation de crise due à des pathologies psychiatriques et/ou de forte consommation et pour lesquelles ni les structures hospitalières ni le résidentiel, ni l'ambulatoire n'ont de solution, ainsi que des structures de jour à vocation occupationnelle, qui s'adressent à des personnes qui consomment ou pas. Ces structures dites intermédiaires apparaissent comme nécessaires et souhaitées par l'ensemble des acteurs œuvrant dans le domaine de la dépendance.

3.3. Les articulations et la complémentarité du résidentiel avec le secteur ambulatoire et le réseau médico-social : acteurs, représentations, pratiques

Dans ce chapitre, nous identifions, tout d'abord, l'ensemble des acteurs à l'œuvre dans les réseaux romands de traitement de la dépendance. Puis, afin de mieux saisir les enjeux et les possibilités d'une meilleure articulation entre les secteurs résidentiel et ambulatoire, nous rendons compte des représentations croisées des acteurs concernés. Ensuite, nous présentons quelques axes d'intervention où des articulations sont en cours dans le but de tenter de comprendre comment des actions latentes mettant l'accent sur des facteurs structu-

rants de la prise en charge peuvent se transformer en actions organisées permettant le développement de démarches d'action plus pertinentes pour les usagers.

Enfin, l'analyse pointe vers une piste de réflexion majeure : afin que l'offre globale soit le plus en adéquation possible avec les demandes des usagers, la collaboration entre les structures résidentielles et ambulatoires dans lesquelles les prestations qui la constituent sont dispensées et les champs d'intervention du social et du médical qui y opèrent doivent impérativement être articulés dans une perspective pluridisciplinaire. Le processus d'indication est au cœur de la mise en œuvre d'une transversalité concertée.

3.3.1. Le secteur résidentiel et les autres acteurs de l'offre : diversité des acteurs, transversalités et articulations

Comme le souligne Besson (2005), la prise en charge des personnes dépendantes aux produits psychotropes légaux et illégaux relève aujourd'hui, de plus en plus, d'une médecine globale, « *associant médecine et psychiatrie dans un projet centré sur le patient souffrant d'abus de substances* », mais aussi d'une multiplicité de dispositifs socio-éducatifs et socio-professionnels. Les acteurs de l'offre qui interviennent dans ce processus de prise en charge sont divers. Les programmes résidentiels y ont naturellement toute leur place, constituant souvent un élément clé des trajectoires des personnes dépendantes.

Cependant, les structures responsables de la prise en charge des personnes en situation de dépendance ne sont pas toujours faciles à caractériser de manière univoque : le secteur médical et le secteur social proposent à la fois des prises en charge de type résidentiel (ou appelé aussi stationnaire dans le cas du médical) et ambulatoire, certaines institutions résidentielles intègrent dans leur programme des suivis ambulatoires post-résidentiels, des fondations chapeautent et des structures résidentielles et des structures ambulatoires, etc. De plus, les représentants du social ont souvent travaillé dans l'ambulatoire et dans le résidentiel. On pourrait encore évoquer le fait que des structures proposant un accompagnement social comprennent parfois du personnel infirmier.

Nous évoquerons, lorsqu'il s'agit de considérer la situation de manière générale, par souci de simplification, dans l'analyse qui suit, trois types de prise en charge : le résidentiel, l'ambulatoire, le médical (stationnaire et ambulatoire). En effet, lorsqu'il est question de considérer l'articulation du résidentiel avec les autres acteurs du réseau de prise en charge des personnes dépendantes, nous avons constaté que les différences majeures que l'on peut observer se situent plus entre les champs d'intervention du social et du médical qu'entre deux modalités - ambulatoire et résidentielle - de prise en charge.

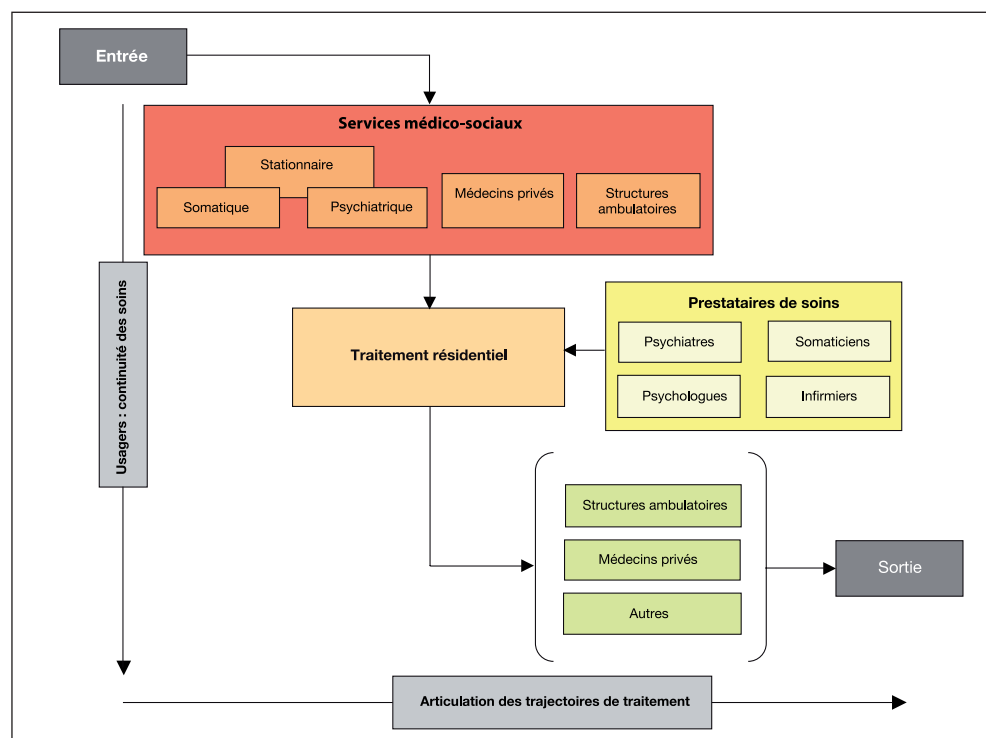


Tableau 2 : Les acteurs de l'offre résidentielle et ambulatoire

Les institutions résidentielles sont des lieux où des personnes dépendantes vivent ensemble jour et nuit. Par définition, ces communautés résidentielles offrent un cadre de vie substitutif à la vie quotidienne, permettant ainsi de remplacer les champs de socialisation qui sont habituellement proposés par la société (famille, couple, école, travail, loisirs). Le but principal des institutions résidentielles est de soutenir la pleine participation de l'individu à la communauté thérapeutique afin qu'il puisse réaliser au mieux ses objectifs au niveau social et psychologique, entraînés par les changements de mode de vie et d'identité. Dans cette approche, les interactions entre l'individu et le groupe sont considérées comme un processus de traitement. Le protocole de thérapie et les activités sociales, professionnelles, éducatives sont organisés en phase pour favoriser le changement.

Les interventions des unités stationnaires, spécialisées en *addictologie – hôpitaux psychiatriques –*, sont déterminantes dans la phase qui précède l'entrée en résidentiel dès lors qu'un sevrage physique constitue une condition d'accès à ce dernier. Toutefois, en regard de l'évolution de la demande de traitements résidentiels et du profil de la population résidente, le rôle joué par ces unités pourrait être appelé à occuper une place plus importante au sein de la chaîne de traitements en intervenant en cours de séjours résidentiels dans la gestion des crises psychopathologiques, des rechutes, ou encore en offrant des prestations de liaison. Dans certains cas, il pourrait être utile que ces unités puissent également intervenir en amont d'un traitement résidentiel, en qualité de services orienteurs ou placeurs.

Nous pouvons aussi distinguer, parmi les professionnels de la santé appelés à intervenir au sein des trajectoires de traitements des personnes dépendantes – somatique et psychiatrique –, *les spécialistes et les non spécialistes en addictologie*. Les acteurs sanitaires spécialisés relèveront essentiellement des unités de soins en addictologie des hôpitaux psychiatriques, parfois somatiques, et des structures ambulatoires – Saint-Martin, Lausanne ; Drop-in, Neuchâtel, etc. Par leurs provenances, les professionnels de la santé non spécialisés émaneront du stationnaire – hôpitaux psychiatriques et somatiques – et du privé – médecins de premier recours, psychiatres installés, etc.

Pour les professionnels de la santé, les enjeux d'une articulation des trajectoires thérapeutiques pourront être très différents selon les modalités de leurs interactions avec le secteur résidentiel. Il s'agira, en effet, de distinguer, très schématiquement, les acteurs sanitaires selon qu'ils n'interviendront qu'en amont, pendant ou dans toutes les phases de la trajectoire de l'utilisateur. C'est ainsi que certains acteurs sanitaires n'interviendront qu'en qualité de services orienteurs ou placeurs — en cas de privation de liberté à des fins d'assistance (Plafa). En revanche, d'autres prestataires des structures résidentielles, ne seront amenés à prendre en charge les résidents qu'au cours de leur séjour. Il n'est toutefois pas exclu, ainsi que nous avons pu l'observer au cours de notre recherche, que certains d'entre eux pourraient être amenés à prolonger leurs prestations au-delà de la sortie du résidentiel, en qualité de médecins de premier recours ou de thérapeutes (psychiatres privés, psychologues délégués, etc.).

Face à la grande diversité des acteurs appelés à intervenir au sein des trajectoires de traitement, de même que face à la grande diversité de leurs modalités d'interaction avec et au sein du secteur résidentiel, la question de la transversalité des traitements relève d'une grande complexité tant au niveau des enjeux en matière de continuité des traitements et des accompagnements que des pratiques.

L'enjeu majeur de la collaboration entre les différents acteurs est naturellement l'articulation des trajectoires de traitement dans une visée de continuité des soins dispensés aux usagers-clients-patients.

Pour les professionnels de la santé des structures ambulatoires spécialisées en addictologie — telles par exemple Saint-Martin à Lausanne, le Drop-in de Neuchâtel ou encore Phénix à Genève — en charge des résidents tant en amont qu'en aval d'un séjour en résidentiel et dont ils sont par ailleurs et en règle générale prescripteurs — médecins référents orienteurs/placeurs —, la transversalité des traitements s'inscrit dans la perspective d'une continuité des soins. De fait, la notion recouvre plusieurs enjeux majeurs : une exigence de continuité des soins certes, mais aussi la prévention de toute forme de rupture, que ce soit au niveau des traitements thérapeutiques et de leur médication ; le maintien de la compliance ; la rétention au sein de la chaîne de traitements. De fait, la transversalité pourrait être définie comme un ensemble de pratiques de coordination (formelles ou informelles) entre les acteurs orienté vers la co-construction des complémentarités à la fois entre les secteurs résidentiel et ambulatoire et les champs d'intervention du médical et du social afin de constituer le lien le plus pertinent entre le système de soins et les besoins de l'utilisateur-résident-patient. Cette mise en réseau relève d'une approche pluridisciplinaire dans le cadre d'une reconnaissance réciproque des compétences.

3.3.2. La mise en réseau de l'offre résidentielle, ambulatoire et médicale : la nécessité d'une approche pluridisciplinaire

L'ensemble des acteurs qui interviennent dans le domaine de la dépendance que nous avons rencontrés reconnaissent l'intérêt du travail des autres professionnels, aucun n'étant en mesure de répondre seul à la totalité de la problématique de toxicodépendance. Pour ce faire, toutes les personnes que nous avons interrogées estiment que la collaboration en vue de la meilleure articulation possible entre les prestations est indispensable. Néanmoins, au-delà de cet accord de principe sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire en matière d'accompagnement des usagers et transversale du point de vue des trajectoires de ces derniers, on observe que des antagonismes entre les intervenants de la toxicomanie existent. L'augmentation et la diversification des acteurs oeuvrant dans le domaine de la dépendance ont en effet entraîné une reconfiguration de l'offre et, par là, des rapports de force entre les professionnels.

3.3.2.1. Regards croisés entre secteur résidentiel et secteur ambulatoire

Le résidentiel est le secteur dont on peut dire, à la suite d'un de ses représentants, qu'il a été « *le plus bouleversé* » par les changements dans le domaine de la prise en charge des personnes toxicomanes, étant le premier à s'être impliqué fortement dans cette dernière. Nous avons vu que, depuis les années 90, l'offre résidentielle a été confrontée à la mise en place et au développement de structures ambulatoires dont les prestations ont concurrencé celles qu'elle proposait. Cette situation a contraint le résidentiel, nous l'avons vu, à se renouveler en se diversifiant et en s'ouvrant aux conceptions et aux modalités d'intervention de l'ambulatoire. Un des directeurs d'un établissement résidentiel explique qu'effectivement « *nous, on est beaucoup à s'inscrire en partenariat avec l'ambulatoire. Il y a des moments pour l'ambulatoire, d'autres pour le résidentiel, c'est un cheminement, c'est un processus, donc on est ouvert à des allers-retours* ». Le problème est qu'actuellement plusieurs de nos interlocuteurs, tant de l'ambulatoire que du résidentiel, relèvent qu'ils savent en fait insuffisamment ce que font les autres, même si la collaboration existe et qu'elle s'est grandement améliorée, comparé à ce qui se passait à la fin des années 90, date à laquelle ils n'avaient aucun lien les uns avec les autres.

L'idée est donc de travailler en complémentarité et de recourir aux compétences et aux ressources des uns et des autres afin de pouvoir proposer la prise en charge et le suivi les plus adéquats aux usagers. Par rapport à cela, les professionnels du résidentiel expliquent que la demande majeure qui leur est actuellement adressée, par les intervenants de l'ambulatoire, est de pouvoir leur déléguer temporairement les usagers qui sont en situation de crise et pour lesquels ils recherchent un lieu de vie qui leur offre une prise en charge continue. Il s'agirait de permettre, comme le précise un directeur du résidentiel interrogé, d'avoir un lieu, pour une courte durée, « *où l'ambulatoire peut poser les gens quand il est à bout de souffle, en bout de course, pour que l'équipe puisse souffler et puis qu'ensuite l'ambulatoire puisse recommencer le travail* ». Si, de manière générale, le secteur résidentiel déclare qu'il souhaiterait répondre à cette demande, le problème est celui de la mixité que cela entraînerait entre deux catégories de population, une qui consomme, l'autre qui est abstinente, ce qui augmenterait le risque de rechute de la seconde. Si les responsables du secteur résidentiel comprennent cette attente, bon nombre d'entre eux critiquent le fait que, de façon plus globale, les autres acteurs du réseau de la toxicomanie ne fassent appel à eux qu'en « *ultime recours* », lorsque la situation des usagers est déjà très péjorée. Certains relèvent que l'ambulatoire n'est que très rarement un service orienteur pour eux, et tous regrettent que les financeurs continuent de penser que la prise en charge résidentielle serait plus coûteuse que celle proposée par l'ambulatoire en se référant à des critères de comparaison qu'ils considèrent comme non-pertinents.

Les intervenants du secteur ambulatoire expliquent, quant à eux, qu'ils souhaiteraient que les modalités d'accès au résidentiel soient facilitées pour les usagers qu'ils accompagnent et ce, pas seulement en situation de crise, mais également lorsqu'une personne veut suivre un programme résidentiel. Ils considèrent que la période d'attente entre la décision d'un usager d'entrer en résidentiel et son admission effective est trop longue et que, souvent, les conditions d'accès sont trop exigeantes. L'ambulatoire fait également remarquer que, si une longue durée de prise en charge peut se révéler nécessaire pour certains usagers en raison de l'ampleur et du cumul des difficultés qu'ils rencontrent, elle peut préteriter la réinsertion sociale, voire professionnelle effective à laquelle le résidentiel les a préparés et à laquelle ils aspirent. Plusieurs interlocuteurs de l'ambulatoire évoquent ainsi les problèmes liés au décalage entre un milieu protégé et le retour à des conditions de vie souvent difficiles, notamment celui du risque de rechute de la consommation.

Sinon, plusieurs responsables de l'ambulatoire expriment l'intérêt qu'ils auraient à voir le résidentiel développer des activités occupationnelles, dans le cadre de structures de jour, pour pouvoir accueillir, ponctuellement ou régulièrement, les usagers qu'ils accompagnent.

En conclusion, on constate ainsi, en analysant les propos des intervenants travaillant en institution résidentielle, que c'est la catégorie d'acteurs qui ont vu leurs pratiques et leur identité professionnelle être le plus fortement remises en question. Un directeur d'établissement estime d'ailleurs que le résidentiel est, de tous les acteurs considérés dans la prise en charge des personnes toxicomanes, celui qui « *s'est le plus remis en question* », dans la mesure où c'est à lui que les financeurs ont demandé « *de rendre le plus de comptes* », démarche à laquelle le secteur ambulatoire ne serait pas, selon lui, prêt à souscrire.

3.3.2.2. *Regards croisés entre secteur social (résidentiel et ambulatoire) et secteur médical*

Si des oppositions de points de vue et des conflits d'intérêts apparaissent clairement entre les acteurs du résidentiel et ceux de l'ambulatoire, nous avons déjà relevé que les antagonismes les plus importants observés sont ceux qui existent entre les champs d'intervention du social et du médical, les acteurs du premier se sentant globalement et insuffisamment reconnus, voire méprisés, par les acteurs du second.

Nous ne distinguerons donc pas toujours, dans cette partie, le résidentiel de l'ambulatoire dans la mesure où beaucoup de critiques adressées au secteur médical sont conjointement exprimées par les deux types de prise en charge du social.

Le reproche que formule la plupart des interlocuteurs du social à l'égard du médical est que celui-ci a récupéré, à son profit, le domaine de la dépendance, alors que celui-ci ne l'intéressait pas du tout avant le développement des neurosciences - et des théories sur l'addiction que celles-ci ont permis d'élaborer - et de la psychiatrie. Ces théories, nous l'avons évoqué, ont pour conséquence une médicalisation du social que contestent les acteurs du social estimant que si l'intégration, dans leur pratique, des connaissances médicales est essentielle, la prise en charge sociale demeure, quant à elle, incontournable.

En outre, plusieurs responsables du social, surtout ceux de l'ambulatoire, se plaignent, d'une part, que les modalités d'admission dans une unité médicale, en cas de crise d'un de leurs usagers, soient beaucoup trop compliquées, et donc trop longues ; d'autre part, que des personnes dépendantes hospitalisées leurs soient « *renvoyées* » trop rapidement, le corps médical ne souhaitant plus assurer leur suivi dès lors qu'elles ne répondent pas aux exigences posées par le service, à savoir l'élaboration d'un projet de sevrage physique et/ou de prise en charge psychiatrique.

Finalement, la grande critique que certains représentants du secteur social de prise en charge de la dépendance adresse à ceux du médical est leur attitude trop stricte par rapport à l'administration de la méthadone et d'autres médicaments, refusant trop souvent d'entrer en matière sur une diminution demandée par les usagers. Plusieurs responsables du secteur social interrogés craignent que le maintien sous méthadone ne soit parfois une « *solution de facilité* », par rapport aux difficultés de gestion que pourrait nécessiter la diminution de cette substance alors même qu'ils estiment pouvoir se servir de cette diminution comme outil thérapeutique. Le social rend donc clairement compte d'un rapport de force entre le médical et le social qui se fait, selon lui, à ses dépens et donc à ceux des usagers.

Les représentations de la relation entre le médical et le social sont plus contrastées du côté du médical, les points de vue sur la question n'étant pas les mêmes selon la spécialisation médicale de l'interlocuteur, de l'organisation des services de soins médicaux et de l'offre sociale de prise en charge de la toxicomanie des cantons considérés. En effet, lorsque le canton dispose d'un ou de plusieurs services d'addictologie et/ou d'alcoologie, certains médecins expriment, plus ou moins clairement, avoir peu besoin du social, critiquant parfois même le manque de connaissances en matière de dépendance des intervenants sociaux, alors que d'autres déclarent que tant le résidentiel que l'ambulatoire sont nécessaires aux usagers, précisément parce que la gestion de la toxicomanie, quelles qu'en soient les modalités (abstinence totale, sélective, consommation contrôlée) ne peut être effective qu'en s'appuyant sur une insertion sociale et, si cela est possible, une intégration professionnelle.

L'attente face au social est encore plus importante dans les cantons où il n'existe pas de service d'addictologie. Les psychiatres, même en milieu hospitalier, estiment ne pas avoir les compétences pour prendre en charge les problèmes d'addiction des usagers qu'ils traitent. Ils peuvent leur proposer un sevrage, mais souhaitent, pour la suite de l'accompagnement et de la thérapie, pouvoir déléguer la prise en charge de l'usager à des structures spécialisées. Pour cela, le cas du Valais est présenté, par les médecins de ce canton, comme exemplaire, l'existence, avec la LVT (Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies), d'un organisme qui regroupe l'ensemble de l'offre de traitement de la dépendance constituant un relais idéal pour orienter la prise en charge des usagers.

Enfin, nos entretiens avec les médecins référents – généralement orienteurs – mettent en évidence une double exigence à l'égard du secteur résidentiel : le respect des traitements mis en place en amont du séjour de leurs patients, d'une part, une meilleure transparence et une collaboration accrue entre le résidentiel et les structures ambulatoires dans le suivi de leurs usagers au cours des traitements résidentiels, d'autre part. Selon certains de nos interlocuteurs de l'ambulatoire, « *le référent qui s'occupe de la personne doit aussi pouvoir continuer de la suivre pendant le séjour en résidentiel* ». A cet égard, il apparaît que l'une des principales demandes adressée aux prestataires du résidentiel relève de cette continuité des traitements qui est justement au cœur de l'articulation entre le résidentiel et l'ambulatoire, le médical et le social. Comme le souligne l'un de nos interlocuteurs de l'ambulatoire : « *Ce qui nous manquait jusqu'à présent ... ce sont les notions de discontinuités de soins, c'est-à-dire que lorsque nous recourons au résidentiel, nous perdons le contact avec des patients que nous accompagnons depuis des années. En perdant le contact, nous perdons la continuité du travail que nous avons faite jusque-là* ».

Ce faisant, le partage d'un cadre d'action commun tend à apparaître comme un impératif majeur dans une visée d'articulation du résidentiel et de l'ambulatoire, du social et du médical. En abordant la question de la complémentarité des approches médicales et psychosocio-éducatives en termes de « *médicalisation du social versus socialisation du médical* », certains professionnels soulignent le risque d'une médicalisation de la dépendance et plus largement des problématiques sociales – approche médicocentrée. A l'opposé, se pose la problématique d'une approche dite « *sociocentrée* » qui rejeterait toute intervention de type médical au cours des séjours en résidentiel, en particulier en termes de médicaments.

Encore une fois, il ne s'agit pas ici d'opposer une approche médicocentrée à une approche sociocentrée, mais bel et bien de favoriser la mise en place d'une approche bio-psychosocio-éducative comme l'une des dimensions de la transversalité dans la prise en charge des résidents. De toute évidence, l'action transversale comprend toutes les composantes d'un processus d'organisation collective : l'articulation des secteurs doit fédérer des volontés, canaliser les énergies sur des enjeux qui peuvent être externes à chaque secteur ; elle doit permettre de rassembler des individualités sur une réalisation commune et elle doit être formulée en termes d'effets observés, d'efficacité des effets produits par une organisation partenariale.

3.3.3. Articulations et champs d'expérimentation : les traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités et les problématiques de l'insertion

L'articulation actuelle des dispositifs résidentiel et ambulatoire peut être observée dans des domaines spécifiques. Ce sont ces domaines, où des articulations sont en cours, que nous allons explorer afin de tenter de comprendre comment des « *actions latentes* » mettant l'accent sur des facteurs structurants de la prise en charge peuvent se transformer en « *actions organisées* » permettant le développement de démarches d'action collective considérées comme plus pertinentes pour les usagers. Ces domaines où se dessinent des pratiques collaboratives plus systématiques recouvrent trois axes d'intervention : les traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités, l'insertion socioprofessionnelle et socio-éducative à la sortie du résidentiel.

3.3.3.1. L'ouverture des institutions résidentielles aux traitements de substitution

Face à la diversification des populations abusant de produits psychotropes et à la fragmentation des formes et des modes de consommation, l'idée d'une réponse univoque au problème des pratiques compulsives a été progressivement remise en cause. Une offre de prestations proposées aux personnes dépendantes de produits psychotropes légaux ou illégaux a été élaborée de manière à répondre de manière plus large aux situations rencontrées : en plus des thérapies résidentielles visant l'abstinence, il y a eu la mise en place, dès les années 1990 et dans le cadre de la politique des quatre piliers, de nouveaux types de traitements ambulatoires, le développement du concept de bas seuil, la prescription contrôlée d'héroïne et l'institutionnalisation et la stabilisation des programmes de méthadone.

Les représentations communes à l'égard des toxicomanes se sont aussi transformées. Plusieurs études ont également nuancé les frontières entre les substances légales et acceptables, et celles illégales, fortement prescrites. En associant les drogues illicites aux médicaments et à l'alcool, ces recherches ont mis en exergue l'idée que ce qui définit la toxicomanie n'est pas le produit lui-même, mais la manière dont celui-ci est utilisé. Une stigmatisation plus ou moins systématique a fait progressivement place à l'idée que le problème pourrait relever d'une intervention à la fois sociale et médicale et que par conséquent les personnes en situation de dépendance devraient être traitées comme des patients ou des clients ordinaires d'un certain nombre de prestations.

Le développement des mesures de réduction des risques, l'apparition de formes d'usage contrôlé, le rapprochement entre drogues illicites et licites, la mise en avant d'un certain pluralisme thérapeutique, le brouillage des frontières entre soin et confort des usagers-résidents-patients, etc., ont participé à un changement des pratiques des professionnels dans les différents secteurs d'intervention.

L'ouverture progressive de certaines institutions résidentielles aux traitements de substitution à la méthadone, au cours de la dernière décennie, montre de quelle manière ces institutions ont été capables de se donner leurs propres règles, en prenant en compte les données d'un environnement en mutation, mais également en s'appuyant sur leurs potentialités internes.

Certes, le changement effectué au niveau du contenu des interventions résidentielles ne s'est pas réalisé sans questionnements. Ainsi, certains de nos interlocuteurs relèvent que l'introduction de la méthadone revenait « *directement interroger les pratiques, les modèles d'intervention et les théories [du secteur résidentiel] et poser, à travers elle, la question de la médicalisation des conduites addictives* ». En effet, les traitements qui se basent sur la prescription de produits psychotropes censés agir sur les causes et les conséquences physiologiques de l'absorption de drogues reposent sur l'hypothèse qu'il existe un désordre biochimique au niveau du cerveau qu'il est nécessaire de compenser en administrant une substance antagoniste, en l'occurrence la méthadone.

L'un de nos interlocuteurs du secteur résidentiel souligne l'importance du travail de déconstruction qu'il a fallu mener face à un système de croyances selon lequel « *la prise de méthadone empêchait tous contacts avec les bénéficiaires de tels traitements ... privés d'émotion et incapables de s'inscrire dans un projet* ». En outre, comme le relève Barboni (2004), l'introduction de la méthadone a également constitué un enjeu au niveau de la pratique professionnelle : « *Si risque il y avait, c'est surtout au niveau de l'insécurité provoquée par le changement qu'il se situait, en tout cas pour [nos professionnels], et non vis-à-vis du choix à proprement parler d'accueillir et d'accompagner sous un même toit des individus abstinentes et des personnes en traitement de méthadone ou autre substance médicale* ».

Plusieurs études (Gerstein, 1992) ont souligné les limites du traitement de substitution en l'absence de mesures de soutien et d'accompagnement psychosocial. Notre propos n'est pas ici de porter un jugement sur l'efficacité des approches d'intervention, mais d'identifier des processus d'articulation à l'œuvre entre le secteur résidentiel et ambulatoire. A

cet égard, et d'une manière générale, il semblerait que l'introduction de la méthadone a eu pour conséquence le renforcement de la collaboration des structures résidentielles avec les professionnels de la santé, en particulier les acteurs spécialisés en addictologie des structures ambulatoires. Comme le souligne encore Barboni (2004), « *L'accueil de la population en traitement par la méthadone nous a permis de nous rapprocher, de raffermir nos échanges professionnels et d'installer une étroite collaboration avec [l'ambulatoire]. Aujourd'hui, nous avons également un médecin de référence attiré avec lequel des liens réguliers et des évaluations planifiées sont programmées. Ce partenariat est essentiel dans la réussite de la thérapie et du traitement médical* ».

Il est certain que l'ouverture de l'offre résidentielle aux bénéficiaires en traitements de substitution a autorisé l'accès au secteur résidentiel à de nouvelles catégories de population qui, jusque-là, en étaient écartées ou exclues. Ce faisant, elle a permis l'expérimentation de nouvelles modalités d'articulation entre le résidentiel et l'ambulatoire au bénéfice des usagers. L'initiative des « *novateurs* » du résidentiel est passée par la mise en place de procédures d'aménagement qui ont amélioré le système de relations avec les acteurs externes, mais aussi de modes de prise en charge individualisés qui n'altèrent pas, à notre avis, la spécificité de l'offre résidentielle, mais qui ont permis d'identifier un modèle de programmation contrôlée de nouvelles prestations.

Cette initiative a aussi eu pour conséquence la confrontation des prestataires du résidentiel et de leur encadrement à des personnes souffrant de comorbidités de types psychopathologiques⁷ et somatiques de même qu'à la gestion de leur médication. Le rejet des traitements de substitution à la méthadone par le secteur résidentiel pouvait constituer une sorte de filtre pour les demandes de traitements thérapeutiques émanant de populations confrontées à ce type de pathologies. Prises en charge au sein du secteur ambulatoire, en particulier au niveau de la réduction des risques, celles-ci ne parvenaient pas à accéder à l'offre résidentielle ou, si c'était le cas, rencontraient des difficultés à s'y maintenir.

L'introduction du débat sur les traitements à la méthadone au sein des professionnels va par ailleurs progressivement ouvrir l'accès du résidentiel à une médication destinée aux traitements des psychopathologies, médication face auxquels les craintes et les réticences de certains acteurs du résidentiel étaient très largement identiques à celles prévalant à l'égard de la méthadone. En effet, dans certaines structures résidentielles, au sein desquelles les bénéficiaires de traitements de substitution peuvent être accueillis, les médicaments de la famille des benzodiazépines⁸ peuvent faire l'objet de refus, ce qui ne va pas sans entraîner parfois des difficultés pour les médecins orienteurs qui se voient contraints de modifier leurs prescriptions afin de permettre l'accès de leurs patients au résidentiel.

Force est de reconnaître que le débat autour de la médicalisation des traitements est loin d'être clos. Force est aussi de reconnaître que malgré la mise à disposition de différents types d'instruments de prise en charge, tant médicaux que psychosociaux, une partie des

7 « *La comorbidité psychiatrique est fréquente chez les usagers d'opiacés (...) Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles les plus fréquents* ». In Marc Auriacombe, Méline Fatseas, Jean-Pierre Daulouède (2006). « *Thérapeutiques de substitution aux opiacés : méthadone orale et buprénorphine sublinguale* ». In Michel Reynaud (sous la dir.). *Traité d'addictologie*. Paris. Flammarion. Médecin-Sciences.

8 A) « *Molécules exerçant une action pharmacologique anxiolytique et hypnotique (selon la dose) donnant lieu à une fréquente automédication, dans l'ensemble de la population et souvent utilisée par les toxicomanes pour atténuer les symptômes du manque ou pour réduire leur anxiété (...) La prescription de tranquillisants aux personnes dépendantes de l'alcool ou d'autres drogues est souvent indiquée pour limiter l'anxiété associée au sevrage* ». In Denis Richard, Jean-Louis Senon, Marc Valleur (2005).

B) Figurent notamment dans la famille des benzodiazépines, sous leur nom commercial, des produits tels que : Valium – anxiolytique, sédatif, antiépileptique – ; Rohypnol, Halcion, Dormicum – hypnotiques – ; Seresta – anxiolytique, sédatif – ; Rivotril – antiépileptique. D'après André Seidenberg, Ueli Honegger (2001).

personnes ne parvient pas à sortir de la dépendance. Néanmoins, l'idée de la nécessité d'une articulation plus étroite entre le résidentiel et l'ambulatoire, le médical et le social fait, sans doute, son chemin à différents niveaux, en particulier au niveau de la prise en charge des comorbidités.

3.3.3.2 La prise en charge des comorbidités : ajustements et structures de liaison

Les études qui portent sur des patients bénéficiant d'un traitement de substitution de méthadone, comme le soulignent Stachel et als. (2005), montrent des taux significatifs de troubles psychiatriques. « *La recherche a révélé qu'au moins 74 % des patients ont, à un moment de leur vie, rempli les critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique quelconque, 39 % des patients sous traitement de méthadone ayant par ailleurs les manifestations actuelles d'un trouble psychiatrique* ». Toutefois, ajoutent-ils encore, « *les équipes psychiatriques comme les centres de soins pour usagers de drogues ne parviennent souvent pas à identifier ces comorbidités psychiatriques. Le personnel soignant se dit non formé pour traiter les patients présentant une comorbidité en raison de la spécialisation de leur formation (médecin, psychologie, action sociale, etc.)* ».

Ces situations demandent une intervention croissante du résidentiel dans les trajectoires de prise en charge. Comme le souligne un de nos interlocuteurs : « *On nous demande de plus en plus d'accueillir des situations où il y a des comorbidités importantes. Il y a également plein de maladies sous-jacentes et des handicaps physiques. Il n'y a pas que le problème de la dépendance* ». Les prestataires du résidentiel sont ainsi désormais confrontés à des problématiques nouvelles, en particulier en lien avec de graves situations de comorbidités de type psychopathologique, somatique et social : « *Nous avons vu chronologiquement l'augmentation des comorbidités, mais d'une manière très large. Ça a été d'abord des comorbidités psychiatriques puis ensuite, je dirais des comorbidités sociales. Nous sommes de plus confrontés à des personnes désinsérées lorsqu'elles arrivent en institution. Elles n'ont plus d'appartement, plus d'environnement professionnel, un réseau qui s'est épuisé, donc de moins en moins d'intervenants professionnels et un environnement familial très pauvre* ».

Nous avons ainsi pu observer, dans le cadre de nos entretiens, que l'indication d'un traitement résidentiel relève de plus en plus de situations de crise pour lesquelles une prise en charge de type ambulatoire n'est plus suffisante pour contenir et protéger un usager ou un patient. Dans ce contexte, le premier objectif assigné au traitement résidentiel consiste en une mise en protection avec une perspective de stabilisation de la situation — santé, social, consommation, etc. — et, au-delà, de l'éventuelle émergence d'un projet. Le secteur résidentiel découvre ainsi un précieux capital de compétences à faire fructifier au sein du réseau de traitements et au bénéfice des usagers. C'est ce que révèlent certains témoignages de professionnels de l'ambulatoire : « *Quand nous arrivons aux limites des prestations ambulatoires, nous nous posons la question du recours au résidentiel, que ce soit dans une situation d'urgence sociale ou d'urgence psychiatrique. La logique est celle d'une situation de crise qui demande une prise de soins plus constante* ».

La problématique de l'articulation est ici ressentie de manière très explicite par les acteurs de l'ambulatoire qui soulignent les limites de leurs outils : « Nous, la plupart du temps, quand nous adressons nos patients dans le résidentiel, c'est parce qu'ils sont dans une période existentielle où l'ambulatoire n'est pas suffisant pour les contenir et les protéger. Le résidentiel, c'est souvent une structure de protection. » Ils soulignent aussi le rôle de structure de crise face à certaines situations particulières, mais récurrentes : « Pour moi, le résidentiel doit intervenir comme structure de crise, pour les situations où il n'y a pas d'option particulière en termes thérapeutiques. Des structures pour toutes ces personnes qui sont en crise. Ensuite, c'est à l'ambulatoire de prendre le relais. »

Ainsi, le secteur résidentiel est désormais confronté à des populations dont la prise en charge relevait jusqu'alors presque exclusivement du secteur ambulatoire — en particulier de son compartiment dit « *de réduction des risques* » — et du stationnaire — hôpitaux psy-

chiatriques. Dans une perspective très générale, les difficultés de prise en charge de ces populations présentant des troubles co-occurrents, dont une majorité d'entre elles constitue la population cible des structures dites « *d'accès à bas seuil d'exigence* », personnes en situation de grande précarité, désinsérées, exclues des filières traditionnelles, montrent la nécessité de mettre en place des approches transdisciplinaire et intégrative.

De fait, les enjeux en termes d'ajustements rendus nécessaires au niveau de la prise en charge des troubles co-occurrents concernent une multiplicité d'acteurs de la chaîne de traitements des dépendances, autant au niveau des *structures stationnaires médicales et ambulatoires spécialisées* que des *institutions résidentielles*.

Le cas des structures stationnaires médicales et ambulatoires spécialisées

Comme le relève Lukasiewicz (2006), dans le cadre du « stationnaire », en particulier au sein de la psychiatrie hospitalière, les patients qui présentent des troubles co-occurrents sont « *souvent victimes des failles du système : ceux traités dans un service d'addictologie ne sont pas prioritaires pour le service de psychiatrie, car ils sont jugés insuffisamment sévères, voire sont exclus en raison même de la pathologie addictive* ».

C'est très justement dans un objectif de renforcement des compétences et des ressources de la psychiatrie non spécialisée en addictologie au sein de l'Hôpital de Cery (Vaud), qu'a été développée, dans le cadre de l'Unité toxicodépendance (UTOX), une Addictologie de liaison. Comme le rappelle l'un de nos interlocuteurs, « *il s'agissait de donner des compétences, d'aider, former et faire la liaison pour que les patients ne soient pas tout le temps dans des répétitions d'échec parce que les personnes qui s'en occupent n'ont pas les notions nécessaires pour les prendre en charge. Le principe est que, pour ce genre de patients, il faut la réunion de plusieurs compétences* ».

Au sein de l'ambulatorio, certains de nos interlocuteurs soulignent également la nécessité de renforcer l'apport de la psychiatrie spécialisée en addictologie, dans une perspective transdisciplinaire, ceci en regard des besoins de nouveaux profils de patients, et des limites d'une approche élaborée et mise en œuvre pour une population cible essentiellement héroïnomanes. Comme le souligne un de nos interlocuteurs, « *je pense que ça marchait assez bien de travailler sur la rétention des patients héroïnomanes dans le réseau de soins avec une approche socio-éducative, parce que ces patients avaient surtout des problèmes somatiques. Nous avons développé les suivis intégrés et ça correspondait. Ensuite, quand nous sommes arrivés à la cocaïne, le cannabis et, disons les comorbidités liées à la polytoxicomanie, il est apparu que nous avons besoin des ressources de la psychiatrie pour nous permettre de comprendre le fonctionnement de ces personnes* ».

C'est ainsi que tant la littérature consultée que nos entretiens mettent en évidence l'importance d'un renforcement de l'apport de la psychiatrie spécialisée en addictologie dans le cadre d'une prise en charge transdisciplinaire, en termes de ressources — psychiatrie de liaison pour les structures ambulatoires, résidentielles et stationnaires — mais également en termes de lieux de soins lors de situations de crises — rechutes, crises psychiatriques, etc. — et en termes d'espace de « décharge », en particulier pour les structures résidentielles en charge de ces catégories de personnes. L'objectif étant, ainsi que le relève Besson (2008), *la mise en place d'un réseau coordonné pour une prise en charge interdisciplinaire et élargie des addictions*.

Le cas des institutions résidentielles de traitement Pour les institutions de traitement résidentiel qui ont élargi les critères d'accès de leur population cible, les défis à relever, au même titre que pour les structures ambulatoires et stationnaires médicales confrontées aux personnes souffrant de troubles co-occurrents, résident dans la mise en place des contraintes relatives à la prise en charge que celle-ci nécessite. En effet, comme le soulignent Sanchez-Maza et Ritter (2008), l'élargissement des indications de traitement résidentiel — qui pourrait se renforcer encore dans les années à venir — confronte désormais les prestataires de

ce secteur, ainsi que l'encadrement qu'ils proposent, à des demandes de mise à l'abri et de protection pour des populations confrontées à des situations « *de polymorbidités, de crises, de rupture d'étayages, de privation de liberté à des fins d'assistance (Plafa), de consommation active de substances, etc.* »

Dans ce contexte, et ainsi que l'ont mis en évidence certains acteurs du secteur résidentiel, les défis auxquels ces derniers doivent faire face aujourd'hui relèvent essentiellement de leur capacité à gérer un accroissement des séjours à répétition et des trajectoires de traitements qui se déroulent par étapes successives et/ou en « cascades » : « *Dans les faits, la durée de séjour initiale est de très courte durée. Ensuite, avec la multiplication des problèmes, la durée du séjour va s'accroître progressivement au fur et à mesure des renouvellements. C'est ainsi que l'on va se donner trois mois et qu'au bout de ces trois mois, on se rend compte qu'il faudra encore trois mois et on arrive ainsi à des séjours en accordéon.* »

En l'absence d'une offre d'hospitalisation de décharge, certains usagers seraient dès lors davantage confrontés à des ruptures de traitements. La question de la capacité de l'offre du stationnaire paraît constituer, à cet égard, un enjeu de taille, ainsi que le relève l'un des prestataires du résidentiel que nous avons interrogé : « *Les hôpitaux psychiatriques vivent des séjours de plus en plus courts, des séjours en cascades, mais en plus, ils sont toujours chroniquement pleins, enfin dans ma région tout au moins, je ne connais pas la situation des autres régions et cantons. Mais pour nous, ce qui est sûr, c'est qu'il est rare qu'il y ait une place pour l'un de nos résidents au moment où il y aurait un besoin.* »

Nos entretiens mettent en évidence l'existence d'une demande de psychiatrie de liaison de la part des structures confrontées à ce type de problématique : « *Pour nous, la psychiatrie de liaison est une nécessité, ça nous paraît indispensable. Et puis je pense qu'économiquement ça serait rentable pour tout le monde. Après, il y a juste cet équilibre, ce rapport de confiance entre les structures, sachant que ni les uns ni les autres n'en abuseront ...* ».

A cet égard, la collaboration entre l'addictologie de liaison de l'unité toxicodépendance (UTOX) et l'une des structures résidentielles vaudoises, qui avait été officialisée dans le cadre d'un protocole de collaboration, pourrait être de nature à favoriser une réflexion, grâce aux succès, mais aussi aux difficultés rencontrées, voire aux éventuels échecs. Il s'agissait alors, ainsi que le mentionne les termes du protocole de collaboration (2008), d'offrir « *une possibilité de passerelle entre les différentes prises en charge pour les patients instables. Ces patients qui souhaitent entrer en résidentiel ont tendance à abandonner leur projet en cours. Ils sont souvent hospitalisés en milieu psychiatrique à l'occasion de crises intercurrentes. Dans ces situations complexes, l'addictologie de liaison vise la coordination des soins entre les différents partenaires et centralise les interventions nécessaires (intervention de crise, hospitalisation de décharge, de stabilisation médicamenteuses ou autres)* ».

Il est à noter qu'un travail d'élaboration d'un dispositif de psychiatrie de liaison est actuellement en cours dans l'un des cantons romands. Cependant, au-delà de la mise en place d'une offre en matière d'addictologie de liaison, voire du renforcement d'une éventuelle offre existante, se pose la question de la formalisation des procédures de collaboration entre les structures résidentielles et les professionnels de la santé des unités spécialisées en addictologie au sein de la psychiatrie hospitalière. Pour un professionnel du résidentiel, « *le problème, c'est que pour le moment nous travaillons au cas par cas. Mais ce qu'il faudrait, c'est avoir quelque chose de plus contractuel. Alors nous sommes très prudents aujourd'hui, chaque fois que nous avons des situations un petit peu complexes, genre patate chaude, mais complexe ... alors nous disons : nous prenons cette personne, mais nous voulons savoir qui appeler s'il y avait un problème en termes de décompensation. Est-ce que vous nous garantissez que nous pourrions la faire hospitaliser en cas de problèmes ? Après, nous allons mettre des noms de réseau et tout.* »

Pour les prestataires du résidentiel et leurs équipes, il est important de pouvoir bénéficier d'une certaine stabilité au niveau des acteurs de liaison et des principaux référents au sein des unités spécialisées du stationnaire. « *Nous avons construit des partenariats en rapport avec les gens du terrain, mais comme dans les hôpitaux les gens du terrain changent quasiment chaque année, c'est très, très compliqué de maintenir un processus, ça demande beaucoup d'énergie d'investissements. Il faut relancer, recontacter les personnes, redire ce que nous faisons ... et comme ce n'est pas formalisé et que les choses tiennent surtout en fonction des relations personnelles et les collègues en place, vous imaginez la difficulté de notre tâche.* »

Bien que la nécessité d'une collaboration concertée et stabilisée soit généralement soulignée, certains de nos interlocuteurs ne nient pas les difficultés d'y parvenir, que ce soit du côté des professionnels de la santé, qui devraient se montrer « suffisamment habiles pour ne pas passer pour des donneurs de leçons » afin d'offrir « les ressources de la psychiatrie pour mieux comprendre le fonctionnement des personnes » ou du côté des travailleurs sociaux dont nous avons vu certaines représentations et craintes face à la psychiatrie et, de manière plus générale, face à une médicalisation du champ d'intervention de la dépendance.

3.3.3.3. *Sorties du résidentiel et accompagnement socio-éducatif et socio-professionnel : enjeux*

La sortie du résidentiel constitue une phase à hauts risques, que ce soit au niveau des comportements de consommation, au niveau de la continuité des soins ou au niveau de la rétention des usagers au sein des dispositifs de traitement. Dans la perspective de l'évolution de la demande de traitement résidentiel ainsi que dans celle du profil de la population résidente, la question de la rechute apparaît, pour les acteurs du résidentiel, comme un enjeu déterminant, que ce soit en termes de prévention ou en termes de gestion. C'est ce que soulignent divers témoignages :

« Ce que nous voyons souvent, que ce soit en prison ou en milieu résidentiel, ce sont des patients qui allaient très bien en milieu protégé et puis qui rechutent à la sortie, parce que dans le fond, les règles de vie et tout ce qu'il y a à affronter au sein de ces milieux protégés sont toujours infiniment plus simples que la vie en général. »

« Nous leur offrons un séjour magnifique qui coûte très cher pendant quelques mois, mais au moment où ils sortent, ils se retrouvent confrontés à une réalité de vie qu'ils ont laissée de côté en arrivant ici et qui n'a pas beaucoup évolué, avec un marché de l'emploi qui les refuse, avec des gérances immobilières qui ne veulent pas en entendre parler, avec l'office des poursuites qui est de nouveau là. Enfin donc, quand ils retrouvent tout ça, eh bien effectivement, il y a moult raisons de rechuter. »

Dans cette gestion des risques liés à la sortie, la question du logement apparaît comme un enjeu de premier plan. La gestion adéquate des risques liés à la sortie va toutefois au-delà de l'accès et du maintien au logement pour englober une série de prestations occupationnelles, socio-éducatives et/ou socioprofessionnelles. En effet, ainsi que le relevait l'un de nos interlocuteurs : « *Aujourd'hui, cet usager a un logement et ça tient depuis une année. Avant, ça n'a été que des chambres d'hôtels pourris. Il a un lieu en propre. Après, il faut réfléchir sur le comment il peut y vivre, parce qu'il ne peut pas supporter d'être seul dans un logement.* » ... « *Ce qu'il faut comprendre, c'est que leur qualité de vie s'est améliorée, ils ne sont plus dans le stress permanent de la consommation, du manque d'argent, des problèmes de logement, etc. et qu'autour de ça, en étant plus détendus, ils commencent à s'interroger sur la manière de meubler une journée.* »

La parole des usagers eux-mêmes est, concernant ce sujet, très explicite pour rendre compte du problème de l'articulation des différentes interventions : « Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, j'ai rechuté peu de temps après ma sortie du résidentiel. Là, je ne me sentais pas du tout l'âme de rester à la maison tout seul, sans rien faire. Alors j'ai demandé s'il y avait une possibilité de revenir aux ateliers pour me recadrer, pour m'occuper en attendant d'avoir une réponse de l'Assurance invalidité pour mon projet de reconversion professionnel. C'est pour ça que nous avons fait un contrat ambulatoire. Donc, je peux venir aux ateliers quand j'en ai besoin. Ils me laissent la possibilité de venir tous les jours, mais je viens quand j'en ai besoin, parce que quand je ne suis pas bien, j'ai besoin d'être entouré. Je ne vais pas rester seul chez moi, parce que j'irais droit dans le mur à ce moment-là ».

La sortie du résidentiel constitue donc un des moments de la trajectoire des usagers-patients-résidents qui pose de manière évidente la question de l'articulation du résidentiel et de l'ambulatoire à travers la mise en place d'un ensemble de prestations qui relèvent autant du médical que du social. Cependant, le résultat espéré n'est jamais mécanique. L'affranchissement de la dépendance apparaît comme la combinaison d'un ensemble complexe de facteurs en lien avec l'offre de prestations qui leur sera proposée, mais aussi de facteurs relevant des usagers eux-mêmes.

En effet, du côté des usagers, c'est leur *évaluation cognitive des avantages et des désavantages de la consommation*, c'est aussi leur motivation et leurs ressources individuelles, notamment celles relatives à leur capital social (relations familiales, relations sociales, réseau relationnel), à leur capital culturel (formation, expériences professionnelles, savoir-être, savoir-faire) et à leur capital économique (revenus, rentes) ou encore à leur capital santé, qui entrent en jeu. Au niveau de l'offre de prestations, l'accompagnement vers la sortie doit nécessairement s'opérationnaliser à travers un soutien au niveau des différents domaines d'existence, en particulier au niveau du logement, de l'occupation, de la formation et de l'emploi, des relations sociales. L'articulation des prestations des différents dispositifs apparaît comme un élément important de réussite dont la visée est évidente : permettre à l'usager de surmonter ses déficits de ressources individuelles, le motiver et renforcer d'une autre manière la continuité de la chaîne de « soins » à travers un accompagnement socio-médical adéquat.

Resocialiser, gérer les risques de la sortie du résidentiel : le logement

L'offre en matière de logement est appelée à s'inscrire dans un continuum de prestations compris entre le résidentiel, le semi résidentiel et l'ambulatoire — prestations à domicile de type socio-éducatif et sanitaire dans le cadre du maintien au logement. L'objectif consisterait à ce niveau à garantir la meilleure adéquation possible entre l'offre de logement et la capacité de gestion des bénéficiaires — entretien du logement, relations de voisinage —, ceci afin de prévenir les ruptures au sein des prises en charge.

Face à l'accroissement des situations à risque lors de la sortie du résidentiel, les prestataires du secteur résidentiel ont été amenés à élaborer de nouvelles modalités de prise en charge, d'accueil et de traitements face à l'émergence de situations de rechutes en cascades lors des sorties du résidentiel. Un de nos interlocuteurs explique que « *ce qui est nouveau pour nous, ce sont les séjours à répétition. Il n'y en n'avait pas avant. Nous avons donc des gens qui partent et puis qui reviennent. Nous avons actuellement un résident qui doit être à son cinquième séjour. Je ne dis pas que c'est bien ou mal, c'est simplement ce que je constate* ».

Ainsi, deux types de sorties peuvent être mises en évidence : les sorties dites « sèches » et les sorties dites « *par étape intermédiaire* ». Dans le premier groupe, la sortie du résident va se réaliser via l'accès à un logement indépendant de la structure résidentielle, selon différentes modalités — retour au logement ; accès à un nouveau logement — et selon des statuts d'occupation divers, en regard des situations individuelles et de la situation du marché du logement locatif — locataire, sous-locataire, colocataire, hébergé. Quant à la prise en charge des ex-résidents, elle va dépendre, au-delà de la sortie, de l'offre mise en place par

les structures ambulatoires spécialisées et non spécialisées en addictologie.

Dans le second groupe, la sortie définitive va être précédée d'une étape intermédiaire — selon diverses appellations — au sein de structures de type semi-résidentiel — plus ou moins étroitement articulées à la structure résidentielle « mère ». Le résident va ainsi bénéficier, pendant un certain nombre de mois, d'un logement — individuel et/ou communautaire — et d'une prise en charge axée sur l'insertion sociale et professionnelle ainsi que sur un accompagnement au sein du logement.

Face aux difficultés rencontrées par certains résidents, dans le cadre des modalités de sorties dites « sèches », un premier train de mesures d'ajustements a été élaboré et mis en œuvre visant à atténuer les conséquences d'un retour au sein de la société ordinaire après un séjour — généralement de longue durée — en résidentiel. *« Il faut savoir », déclare un de nos interlocuteurs « que le plus grand nombre de personnes que nous accueillons, que nous suivons, c'est de manière ambulatoire. Nous, nous pouvons accueillir 49 résidents, mais c'est 110 personnes que nous suivons de manière ambulatoire. Ça veut dire que souvent ils viennent chez nous afin de maintenir le lien. Nous savons que c'est un des facteurs importants pour maintenir l'abstinence et éviter la rechute. Donc, nous leur permettons de maintenir les liens avec la personne de référence et ils peuvent participer ici à une partie du programme ».* Les mesures mises en œuvre ont ici pour principal objet le maintien *« d'une certaine continuité des liens avec la communauté », qu'il s'agisse de rencontres ponctuelles, d'actions bénévoles à l'égard des nouveaux membres, de témoignages dans les écoles, etc.*

Quelle évolution est-il possible de relever aujourd'hui au niveau du logement ? Dans ce cadre, nous avons pu observer, au sein de l'offre résidentielle, un renforcement de la part des sorties dites « par étape intermédiaire ». Il apparaît en effet que certaines institutions résidentielles ont acquis récemment, ou envisagent d'acquérir, dans cette perspective, un parc de logements et de mettre en place de nouvelles modalités de prise en charge : *« Avec les situations de plus en plus complexes auxquelles nous sommes confrontés la sortie du résidentiel qui est quand même un cocon où il y avait pas mal de choses qui se faisaient et une vie complètement autonome, Quand ils partent les gens sont quand même mieux armés que lorsqu'ils sont arrivés chez nous et qu'ils ont pris des compétences, mais proposer un espace intermédiaire ça serait intéressant ».*

« Chez nous, l'idée des appartements protégés nous est venue à travers certaines de nos observations. Nous avons vu que de personnes qui, lors de leur sortie repartaient dans leur propre appartement ou retrouvaient un nouvel appartement, rechutaient assez rapidement. Nous avons remarqué que la solitude, après un séjour résidentiel était très difficile à vivre. Nous nous sommes dits que le passage en appartements protégés devrait permettre de se détacher de l'institution, parce qu'il y a un attachement qui se fait. »

Dans le cadre des structures résidentielles dont les modalités de sortie s'articulent, de plus longue date, sur une étape intermédiaire, la réflexion porte aujourd'hui essentiellement sur des questions relatives à des ajustements de leurs objectifs et, ce faisant, des modalités de prise en charge de leurs bénéficiaires au sein des dispositifs de type semi-résidentiel. Il apparaît en effet, qu'en regard de l'évolution de la demande de traitement résidentiel, ainsi que du profil de la population résidente, qu'à un objectif originel d'insertion socioprofessionnelle et d'insertion au logement se substitue de plus en plus celui d'une évaluation des besoins accompagné d'un travail de coordination d'acteurs visant à mettre en place une prise en charge en matière de logements protégés et d'occupation pour des populations à autonomie très réduite : *« Dans l'étape extérieure, nous commençons maintenant à réfléchir différemment. Nous avons en effet de plus en plus de personnes pour lesquelles cette étape est considérée comme une période d'évaluation de leur niveau d'autonomie pour pouvoir les orienter ailleurs. Nous sommes de plus en plus souvent en train de réfléchir, de parler, d'avancer des projets d'appartements protégés à long terme, ainsi que de travail dans des ateliers adaptés. Nous tombons dans des ateliers qui sont carrément des ateliers*

protégés et là se pose la question de l'adaptation de ces ateliers à notre population ».

Parmi les ajustements mis en perspective, nous avons également pu relever, la mise en place d'une offre de logement de type communautaire. Il s'agit, pour ses initiateurs, d'atténuer, dans le cadre de cette phase intermédiaire, les conséquences, au niveau des comportements de consommation, des difficultés rencontrées par certains résidents lors de leur passage de la communauté à un appartement individuel. Il n'en demeure pas moins, ainsi que le relevait l'un de nos interlocuteurs, responsable d'une structure résidentielle, que « *la quatrième étape, qui est désormais celle du studio individuel, reste l'étape dont les résidents ont le plus peur* ».

La question de la mise en place d'une offre d'accueil de nuit de type semi-résidentiel a été abordée à plusieurs reprises par certains de nos interlocuteurs, en particulier par des responsables de structures résidentielles : « *Pour certains de nos résidents qui bénéficient d'activités d'occupation la journée, ça serait très intéressant, en vue de leur sortie, de pouvoir leur proposer un accueil de nuit, un lieu où il ne s'agirait pas seulement de pouvoir dormir, mais aussi de pouvoir parler et échanger avec d'autres gens* ».

Dans le cadre de la problématique du logement, un dernier aspect qui constitue un enjeu essentiel de l'insertion des usagers, mais aussi du bon fonctionnement des institutions résidentielles peut encore être mis en évidence. Il s'agit des difficultés d'accès au logement, voire à l'exclusion du marché du logement locatif, de certaines catégories de résidents lors de leur sortie du résidentiel – tous types de sorties confondus . Ces difficultés posent la question de l'insertion au logement de ces populations , mais également, dans le cadre plus général du fonctionnement des institutions résidentielle de traitement, des possibilités d'accès qu'elles peuvent offrir. En effet, les situations d'usagers « *captifs* » – faute d'accès à un logement – vont peser sur les taux de rotations des résidents au sein des structures résidentielles. Toute diminution de ce taux se traduisant par un allongement de la durée des séjours est susceptible d'entraîner, en aval, une réduction de la capacité de prise en charge de nouvelles demandes. Il convient dès lors de parler de situations de blocage :

« Nous avons aujourd'hui un problème de vase [communiquant]. Lorsque nous demandons à notre structure résidentielle de moyenne durée de passer quelques résidents dans l'autre structure résidentielle et que nous demandons à son directeur si des sorties sont prévues, il nous répond : Comment voulez-vous que je fasse sortir des gens alors qu'ils ne savent pas où aller ? »

« Pour nous, le logement est un réel souci, parce que si l'on parle de préparation à la sortie, nous sommes en panne. Nous avons des résidents qui veulent partir parce que leur projet est tel, mais qui ne peuvent le réaliser parce qu'il n'y a pas de logement. Les trois dernières personnes qui ont cherché un logement se sont confrontées à des refus ».

Pour gérer ce problème, certains de nos interlocuteurs envisagent la mise en place d'une structure de type semi-résidentiel grâce à l'acquisition d'un parc de logements ou, pour ceux disposant déjà d'une telle offre, par un élargissement du parc existant. L'objectif relèverait dès lors moins de la préparation à la sortie que d'une forme d'insertion au logement comme le relèvent plusieurs intervenants du résidentiel :

« Nous avons réfléchi à un projet d'appartements protégés pour des gens qui ont des capacités de travailler, des capacités à vivre finalement, mais qui ont besoin d'un cadre sécurisant. Donc encore d'une présence éducative, même restreinte, des règles claires de vie, des choses comme ça, des accords, des vérifications ».

« Alors nous, nous avons développé une prestation ambulatoire au long cours, vu que ça manquait, c'est une offre d'appartements protégés. On les appelle des appartements protégés, mais il s'agit plutôt d'appartements de

transition. L'idée date de 2008, mais le projet n'a pu être mis en place qu'en janvier 2009, parce qu'il fallait voir comment le financer. Notre but avec les appartements individuels est de pouvoir remettre le bail à nos ex-résidents à la fin de la période transitoire».

Dans certains cas, nos interlocuteurs se proposent de recourir au bail glissant afin de favoriser une véritable insertion au logement : « *Ce sont des personnes qui souvent présentent des situations financières catastrophiques. Les régies ne vont pas leur confier des appartements. Donc, il faut le dire, c'est aussi pour la personne une possibilité qui lui est offerte pour qu'au bout du compte elle ait son appartement, un appartement qu'elle ne pourrait pas avoir sans notre soutien. Nous, ce qu'on fait, c'est qu'après nous allons essayer de riper ces appartements, de faire en sorte que le bail passe à leur nom* ».

D'une manière générale et compte tenu de l'évolution du profil de la population résidentielle, il apparaît que les questions relatives à l'accompagnement social des résidents bénéficiant de telles prestations de logement ne paraissent pas toujours être abordées dans toute leur complexité. En effet, l'accompagnement social d'une population dont l'autonomie au logement est plus ou moins fortement réduite et dont le casier résidentiel tend à inscrire cette dernière dans la catégorie des « locataires à risque » nécessite une prise en charge importante au niveau de la gestion des objets mis à leur disposition, en particulier au niveau de l'entretien du logement et des locaux communs, ainsi qu'au niveau des relations de voisinage : « *J'ai plusieurs patients qui sont des personnes en souffrance psychique importante, en plus de leur dépendance. Ce que j'ai observé et qui m'a beaucoup surpris, c'est que pour certains d'entre eux, nous nous sommes battus pour leur trouver un lieu. Parfois c'est une pension, d'autres fois c'est un studio. Ce que j'ai remarqué, c'est qu'au bout d'un certain temps, ils ne se donnent plus les moyens de le garder et alors ils perdent leur logement. Peut-être ne vont-ils pas payer leur loyer. Mais si on sécurise ça, on n'est pas à l'abri des invitations de potes, ça c'est la solidarité de la zone. Lorsqu'ils invitent des potes, c'est forcément des potes consommateurs, il y a forcément du passage, il y a forcément du bruit et puis, en général, il y a de la négligence au niveau de l'entretien* ».

L'enjeu d'un tel accompagnement social est double, il s'agit, d'une part, d'assurer la pérennité du parc de logements dont disposent les institutions résidentielles, ainsi que le maintien de leur capacité d'accès au marché du logement locatif. Il s'agit, d'autre part, de permettre aux résidents d'acquiescer ou de renforcer leur autonomie au logement. A défaut, se pose alors la question de la mise en place d'un réseau de soutien afin de renforcer leur autonomie au logement et de garantir, autant que faire ce peut, leur maintien au sein d'un logement indépendant. A défaut, se poserait alors la question de leur accès à une offre de type logements protégés.

Ainsi, l'accompagnement social proposé aux résidents souhaitant sortir d'une institutions résidentielle, dans le cadre du logement, revêt des dimensions multiples et variées, définissant une multiplicité de tâches et d'objectifs de prise en charge, que ce soit au niveau social, pédagogique ou encore au niveau de la coordination des acteurs au sein d'un maillage de réseaux et d'intervenants différenciés. Faute de moyens suffisants, au niveau de l'accompagnement social, les risques sont multiples, dont en particulier celui d'une évolution exponentielle du parc, le renforcement de la sélection des bénéficiaires au profit des résidents les plus proches de l'accès au logement, l'accroissement de la dépendance des bénéficiaires de ces logements par rapport à la structure semi-résidentielle, l'éloignement de la capacité d'accès au logement individuel.

Resocialiser, gérer les risques de la sortie : occupation, prestations socioéducatives et socio-professionnelles

L'inoccupation tend à apparaître, au même titre que les difficultés de logement, comme un facteur de rechute au moment et au-delà de la sortie du résidentiel. Le principal enjeu de la transversalité des trajectoires, dans le champ de l'occupation, comme dans celui du

logement, relève de la prévention de différentes formes de ruptures. Dans les institutions résidentielles, la toxicodépendance est traitée, tout d'abord, comme le signe d'un malaise existentiel.

Comme le soulignent nos interlocuteurs du résidentiel, l'approche doit mettre à disposition des personnes dépendantes d'une substance différentes ressources complémentaires : quitter radicalement les milieux de la drogue, acquérir des relations basées sur autre chose que l'usage d'un produit, mais aussi apprendre et préparer à l'exercice d'un métier dans une perspective de resocialisation. Cependant, il est aussi reconnu que la disparition, au moment de la sortie, de la structure soutenant l'individu toxicodépendant peut poser problème.

La réinsertion dans la société ordinaire n'est pas toujours évidente pour quelqu'un qui a longuement séjourné dans une institution résidentielle ; les compétences acquises ne sont pas toujours renouvelables à l'extérieur, le risque de l'inoccupation est réel. Donnons, tout d'abord, la parole à l'usager : « *Moi, j'ai peur de l'inoccupation parce que c'est un risque pour moi. C'est pour ça que je vous ai dit que je voulais faire du dessin et du sport après ma sortie et pas seulement trouver un travail la journée. Mais du travail, il faut aussi que je puisse en trouver, parce que toute la journée à tourner en rond, c'est trop dangereux, pour moi* ».

Certains résidents, confrontés à des situations de grande précarité, voire d'exclusion relèvent l'aspect intensif de la prise en charge dont ils ont bénéficié au sein des institutions, mais aussi les difficultés auxquels ils sont confrontés à la sortie : « *A l'extérieur, l'assistant social va dire : nous nous revoyons dans deux semaines. En deux semaines, il peut se passer beaucoup de choses. Ici, s'il y a une crise, même si on ne le voit pas non plus tous les jours, on y a plus facilement accès. C'est pour ça qu'en ambulatoire ça devient très difficile de faire quelque chose et puis d'aller jusqu'au bout. C'est pour ça que je reste là. Autrement je sortirais, je ferais ça en ambulatoire. Mais je ne me sens pas capable, je sais que ça finirait mal, que ça prendrait trop de temps, qu'il y aurait du découragement et puis trop de hauts et surtout trop de bas, enfin surtout des bas, des hauts, je ne sais pas* ».

De fait, les enjeux de la prise en charge de la transition vers la sortie sont multiples. Ils croisent la question de la diversification des profils des populations toxicodépendantes et leurs demandes respectives. Que peut faire le résidentiel ? De quelle manière le secteur peut-il ajuster son offre de prestations en regard de l'évolution des populations toxicodépendantes et de leurs besoins ? De quelle manière peut-il davantage articuler son action avec d'autres démarches sociales ?

Broers (2005) rappelle le lien entre différents types de comorbidités au sein de populations dont les profils et les demandes de prise en charge tendent à se diversifier : « Nous avons des comorbidités sociales, somatiques et psychiatriques, et cela presque pour tout le monde. Les comorbidités sociales, c'est l'inactivité professionnelle, la précarité de logement, la solitude, la rupture familiale. Ces situations ne sont pas seulement liées à l'addiction, mais aussi au contexte de l'emploi, du taux de chômage, des disponibilités sur le marché de logements adéquats, etc. Elles sont très fréquentes chez nos patients et ont une influence directe aussi sur les autres maladies, sur l'usage de substances, sur la compliance au traitement, etc. »

Un de nos interlocuteurs du résidentiel confirme cette diversification des profils et cette complexification des situations : « Si nous regardons la population que l'on nous indique, il y a une partie qui sont les quarante ans et plus, totalement désinsérés, à l'assurance invalidité en général. Ce sont des personnes qui sont dans des logiques d'isolement complet et qui veulent aller vivre dans des lieux où il y a d'autres personnes et puis qui attendent qu'on les occupe. Souvent, il y a de très graves problématiques d'alcool, puisque ce sont des ex-toxicomanes qui ont viré alcool. Ils ont le foie qui est très endommagé. Ce sont des

personnes qui sont en mauvaise santé, physique et psychique, en grand isolement ».

Des chercheurs de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne (Huissoud et al., 2007) soulignent un autre aspect de la diversification des profils et des besoins lié au vieillissement des populations toxicodépendantes : « *L'âge moyen des personnes suivies dans le dispositif augmente régulièrement et ceci dans toutes les structures suivies. On a donc une forme de "cohorte vieillissante" de consommateurs de drogues dures qui peine à trouver une porte de sortie et pour laquelle les problèmes de santé et d'insertion sociale tendent à se chroniciser ».*

L'âge des résidents peut constituer un critère important en termes d'objectifs et d'ajustement des prestations – insertion socioprofessionnelle versus insertion socio-éducative – et, ce faisant, au-delà, au niveau des modalités de prise en charge :

« Il y a un certain nombre d'activités en résidentiel qui ne sont plus adaptées à nos vieux consommateurs, qui ont 40 ans et plus et qui n'ont plus envie d'aller faire de l'alpinisme. Et puis, nous ne sommes pas adaptés aux plus jeunes, parce qu'on a quand même un fonctionnement qui est justement pour des gens qui ont déjà un certain âge ».

« Pour moi, le résidentiel qui parle de travailler l'insertion professionnelle ne doit pas s'occuper des vieux toxicomanes. On a aussi besoin de lieux pour eux, mais ce sont plutôt des foyers, avec un accompagnement médico-psychosocial. Là, c'est la qualité de vie qui devrait être au centre des préoccupations. Il ne faut pas prétendre faire de la réinsertion professionnelle pour des gens chez qui on ne peut plus prétendre à ça. Par contre, il faut le proposer à des gens qui ont encore un potentiel. Un jeune qui n'est pas depuis longtemps dans les addictions a encore beaucoup de possibilités d'insertion. Donc même s'il est clair que la motivation doit venir de lui, je suis très en faveur, en tout cas moi je parle beaucoup de résidentiel avec les gens qui sont plus jeunes ».

Certains prestataires du résidentiel mettent en exergue les difficultés rencontrées dans la prise en charge de populations résidentes au sein desquelles deux, voire trois générations, vont se côtoyer :

« Comment peut-on travailler dans un résidentiel lorsqu'il faudrait deux programmes totalement différents ? Pour la dame de 50 ans qui est à l'AI, nous n'allons pas faire de la validation d'acquis et des choses comme ça. Nous allons lui donner un atelier occupationnel, de la vie communautaire, une petite amélioration de sa qualité de vie et de la santé. Le gamin de 22, 23 ans, il a besoin d'autre chose que de ramasser les feuilles mortes. Il a besoin de programmes administratifs, de scolarité, de validation des acquis, il a besoin d'aller à l'orientation professionnelle. Comment faire avec cette double population ? ».

« C'est extrêmement compliqué d'articuler les deux groupes ensemble. Je pense que c'est extrêmement compliqué de se situer dans un projet social palliatif, comme Soulet le décrit, avec des gens qui, en même temps sont dans du curatif, avec un espoir de sortie, de réinsertion socioprofessionnelle. En même temps, c'est très compliqué pour des gens qui sont dans une perspective d'insertion professionnelle d'être avec des gens qui sont dans le palliatif, parce que ça va les freiner. Donc, idéalement, je pense que nous devons penser à des lieux et à des programmes différents ».

Il s'agit toutefois de se garder de ne pas opposer « *jeunes adultes* » et « *vieux toxicomanes* », dans la mesure où d'autres facteurs sont également susceptibles de jouer un rôle, ainsi, par exemple, la durée des trajectoires au sein de la dépendance. Comme le relève un des nos

interlocuteurs : « *Ce n'est pas forcément une question d'âge, c'est pour ça que j'aime parler de potentiel. Il y a des gens, effectivement, qui ont eu des consommations tardives, qui ont eu des ruptures tardives. Nous avons des personnes de 40 ans qui ne sont pas forcément des consommateurs depuis l'âge de 15 ans. Nous en avons de plus en plus qui commencent des addictions de plus en plus tardivement On repère quand même des personnes qui ont eu, à plusieurs reprises, plusieurs années sans consommation. Il y en a quand même un certain nombre qui ont pu vivre, travailler, avoir une vie de couple, voire des enfants, hors milieu de la consommation. Chez ces personnes-là, c'est beaucoup plus facilement remobilisable* ».

Pour les jeunes adultes en particulier, des facteurs de type socio-familial et scolaire peuvent également jouer un rôle très important au niveau de la capacité d'insertion de certaines catégories d'entre eux. Ce faisant, les perspectives relèveraient dès lors davantage de l'insertion socio-éducative que socioprofessionnelle :

« Il y a, parmi les 18 à 25 ans, certains qui ont déjà rencontré des problèmes de toutes sortes depuis leur enfance. Il y a des fois de la violence, ils se retrouvent parfois en prison et les juges ne savent plus quoi faire. Pour ceux-là, le résidentiel c'est une bonne idée. Mais qu'est-ce que le résidentiel peut faire avec eux ? Ça, c'est une autre question, c'est assez compliqué ».

« Nous avons aussi plein de jeunes gens, qui ont entre 20 et 25 ans et qui ont un niveau scolaire plus que faible, c'est à peine s'ils savent lire. Je parle ici de jeunes qui ont fait leur scolarité en Suisse. Il faudrait donc distinguer les besoins et, si on pense à un travail avec une formation, ce n'est pas forcément une formation très élevée pour cette catégorie de jeunes, mais de formations basiques permettant de lire un document simple et de faire des calculs simples. Pour d'autres, on peut très bien imaginer des remises à niveau qu'il faut leur proposer, une école de culture générale, des cours commerciaux, etc. »

Comment le secteur résidentiel essaye-t-il de répondre à la diversification des profils et des besoins ? En termes d'insertion socioprofessionnelle, les enjeux de la construction de projet pour cette catégorie de jeunes adultes relèveraient de la validation des acquis, de la remise à niveau scolaire, de stages, d'orientation professionnelle. Dans le cadre des activités d'occupation, nous avons pu assister à une évolution récente qui consiste, d'une part, à élargir l'accès à l'offre résidentielle — au niveau de ses activités en ateliers — à certaines catégories d'usagers après leur sortie et, d'autre part, à la mise en place d'une offre nouvelle.

Ce faisant, nous avons pu observer l'émergence d'une volonté, au sein des prestataires de l'offre, de se substituer aux acteurs institutionnels dans la perspective d'un ajustement des politiques sociales et sanitaires, via l'élaboration et la mise en place de structures de relais thérapeutiques, tant au niveau socio-éducatif que sanitaire. Si ce type de démarche se situe aujourd'hui parfois au stade de l'analyse des besoins et de la réflexion, certaines expériences relèvent déjà de la phase de conception, voire pour certaines de la mise en œuvre : ateliers d'occupation, résidentiels et ambulatoires, externat, accueil de jour, mesures d'accompagnement socioéducatif, activités occupationnelles, réadaptation socioprofessionnelle, etc., à l'interne et/ou en articulation avec d'autres acteurs.

« Nous avons parlé d'ateliers. Nous avons aujourd'hui des ateliers pour le résidentiel. Nous parlons maintenant d'ateliers ambulatoires. C'est une chose qui a été pensée et il est prévu, si tout va bien, d'ouvrir ça en 2011 ou en 2012. Cela se ferait dans le cadre de notre structure ambulatoire. On offrirait différents ateliers ici, dans nos structures résidentielles — ateliers, jardin potager — à ceux qui en auraient envie et on le proposerait à ceux qui en auraient le potentiel. A partir de là, on peut imaginer trente-six mille choses. L'idée étant que les gens puissent venir selon leur potentiel du moment »

« Nous sommes confrontés à des situations qui sont effectivement de plus en plus complexes au moment où les gens arrivent chez nous. Quand ils repartent, même s'ils sont mieux armés et qu'ils ont acquis des compétences, un espace intermédiaire nous paraît nécessaire, parce qu'ici ils étaient quand même dans un cocon. C'est pourquoi nous avons travaillé sur la notion d'externat. Nous imaginons un centre de jour pour offrir des espaces d'occupation. Donc quelqu'un qui va quitter l'institution et qui a retrouvé un logement, pourra revenir comme externe. L'occupation comme axe principal et puis, en même temps, un encadrement qui permet d'avoir un contact avec l'institution dans cette phase de transition ».

D'une manière générale, ces nouveaux projets tendent à s'inscrire dans une perspective de mixité de leur population cible, que ce soit en regard des modalités de prise en charge, des objectifs ou encore des modalités de financement :

« Nous avons modifié notre concept de prise en charge avec le projet de mise en place d'un volet complémentaire, l'accueil de jour. Nous savons aujourd'hui qu'il y a des besoins auxquels il n'est pas répondu. Il s'agit de populations qui se situent juste avant le résidentiel, c'est-à-dire des personnes qui sont déjà désinsérées professionnellement, qui ont toutefois encore un logement, mais qui ne savent pas quoi faire de leur journée ».

« Nous avons signé une convention avec l'Office de l'assurance invalidité qui nous permet d'accueillir dans nos ateliers des personnes de l'extérieur afin de leur permettre notamment de retrouver un rythme de travail et pour une majorité une recherche d'activité occupationnelle ».

En termes d'organisation des prestations, la réussite de ces opérations de diversification de l'offre semble être liée, notamment, à la capacité de leurs prestataires de développer une démarche plus individualisée et à leur capacité aussi de maintenir un accès différencié (seuils variables) de manière à ne pas exclure, à terme, leur population cible originelle. Certains de nos interlocuteurs relevaient, à ce propos, toute la difficulté liée à la prise en charge de certaines catégories de populations confrontées à une dépendance :

« Les maîtres d'atelier sont des personnes dont la formation est axée sur le travail, sur un certain modèle. Nous discutons beaucoup avec eux pour leur dire : nous avons typiquement une population qui est irrégulière, que c'est leur caractéristique, que nous devons l'accepter. Peut-être qu'ils ne seront pas forcément à l'atelier le lundi, mais ils seront là le mardi. »

« Pour certaines catégories d'utilisateurs, il y a tout qui doit être mis en place. Il y a surtout le regard qui doit être différent et des attentes qui doivent être différentes. On peut être exigeant, mais il faut adapter les exigences par rapport à chaque usager. »

Nous avons pu observer, dans certains cas, une volonté d'associer d'autres acteurs à cette réflexion : *« Alors nous, faute de structures existantes, nous développons actuellement un projet avec une autre structure résidentielle et la commune. Nous voulons créer un centre de tri des déchets. Ce qui nous intéresse, c'est de pouvoir offrir des activités d'occupation. Le projet est vaste, il y aura plusieurs responsabilités à assumer et nous pourrions ainsi faire tourner les gens. Je pense que c'est une première étape, mais, encore une fois, il ne faudrait pas que ça focalise ces personnes dans ce champ d'activité. Ça doit être une étape ».*

Dans le cadre de l'insertion socioprofessionnelle, l'assurance invalidité tend à apparaître comme un acteur clé. Celle-ci dispose, en effet, d'une offre de prestations susceptibles

d'être mobilisées, notamment la détection précoce dont l'objectif est la préservation de l'emploi — « *intervention précoce : aménagement du poste de travail ; cours de formation continue ; orientation ; service de placement ; mesures d'occupation* — qui, selon les cas, peut aboutir à une rente ou à des mesures de réinsertion — « *réadaptation socioprofessionnelle ; mesure d'occupation* » — ou à des mesures professionnelles — « *formation pratique ; apprentissage/reclassement ; formation professionnellement initiale ; service de placement* ». Il est également prévu des indemnités destinées aux employeurs — « *Allocation initiatrice au travail (AIT) ; contribution mesures réinsertion ; indemnité compensation risques* ».

Il apparaît ainsi que certains prestataires du secteur résidentiel tendent à jouer aujourd'hui un rôle essentiel dans le domaine de la (ré)insertion en particulier au niveau des questions relatives au logement, à l'occupation et à la désaffiliation sociale. Ces expériences constituent des éléments moteurs d'une réflexion et d'une offre nouvelle articulée entre résidentiel, semi-résidentiel et ambulatoire. Cependant, il n'y a pas de politique publique à coût nul. A cet égard, les restrictions financières pourraient constituer un handicap majeur. Comme le souligne un des nos interlocuteurs : « *Chaque fois que nous avons fait un projet, nous avons été félicités. Mais la question qui sous-tend, c'est toujours : qu'est-ce que ça va nous permettre d'économiser avec votre nouveau projet ? Quand on répond que, dans le social, si on veut développer quelque chose, ça va coûter, alors la réponse c'est : ah non, ce n'est pas possible* ».

3.4. En guise de conclusion : le renforcement du secteur résidentiel comme enjeu de la continuité des soins

L'analyse documentaire et les entretiens que nous avons réalisés au sein des structures résidentielles et ambulatoires dans l'ensemble des cantons romands et de la Berne francophone nous permettent de poser une série de constats :

- le secteur résidentiel occupe à l'heure actuelle une position clé dans un domaine dont les prestations et les acteurs se sont considérablement multipliés et diversifiés ces dernières années ;
- la structure actuelle de l'offre résidentielle des cantons romands destinée aux personnes dépendantes de substances légales et illégales doit faire face, depuis plusieurs années, à deux changements majeurs : une évolution des populations prises en charge et de leurs demandes (situations de crise, besoins de mise en protection, renforcement de l'accompagnement, etc.); une évolution profonde des conditions-cadre ;
- pour répondre à ces changements, des ajustements de l'offre au sein du secteur résidentiel sont déjà en cours dans les différents cantons romands ; cependant, ces changements adaptatifs ne font pas l'objet d'une vision d'ensemble ; ils se font au coup par coup, au gré des opportunités et de la pression des demandes émergentes ;
- la poursuite des ajustements de l'offre, la recherche d'une plus forte intégration des trajectoires de traitement, le renforcement de l'articulation des secteurs résidentiel et ambulatoire, du médical et du social apparaissent, de plus en plus, comme autant d'impératifs permettant de mieux assurer la continuité de la chaîne thérapeutique et les trajectoires d'autonomisation des usagers ;
- une convergence se dessine depuis plusieurs années entre les thérapies ambulatoires et les thérapies résidentielles. Les référentiels hérités sont devenus plus perméables et les modèles d'action sont désormais pluriels. Il est devenu plus évident que restreindre la dépendance à un phénomène pathologique relevant d'une approche purement médicale apparaît à un nombre de plus en plus important d'ac-

teurs aussi insatisfaisant que croire qu'une amélioration des conditions sociales suffirait à résoudre la complexité des problèmes d'addiction.

Face à ces constats et à ces évolutions de l'environnement, les représentations et les pratiques d'une partie importante des acteurs du secteur résidentiel ont sensiblement changé. Les professionnels du résidentiel ont davantage élargi leur offre et personnalisé la prise en charge notamment dans le cadre des situations de double diagnostic. La base de données COSTE fournit un certain nombre d'informations à prendre avec précaution. Ainsi 25% à 30% des institutions résidentielles suisses prendraient des usagers avec la méthadone, c'est-à-dire environ 20 à 25 institutions. Dans les cantons romands, une dizaine d'institutions résidentielles sur 24 prennent des personnes en traitement de substitution. Si l'on reprend uniquement les institutions pour substances illégales, cela représente la moitié du résidentiel romand. Les institutions résidentielles entendent ainsi s'adapter davantage aux besoins des usagers et aux demandes des différents acteurs des réseaux de soins.

L'adoption des traitements de substitution par certaines institutions résidentielles n'a pas été dramatisée. Suivant la vision partagée par une partie des professionnels du résidentiel, l'abstinence, au même titre que le traitement à la méthadone, n'est pas généralement présentée comme un objectif, mais plutôt comme un moyen pour être en mesure de dessiner une trajectoire dans le dispositif capable de soutenir un processus de changement que l'utilisateur qui effectue la thérapie doit effectuer dans une visée d'autonomie : autonomie par rapport à tout produit mais aussi autonomie affective et socio-économique. Il faut aussi éviter que de faux espoirs ne soient sur-investis. Cependant, les évaluations, dans les institutions résidentielles qui ont pris la décision de principe d'accueillir des personnes sous traitement de substitution au sein des patients sevrés, font généralement un bilan positif de cette évolution : le traitement de substitution ne semble pas modifier les motivations à l'abstinence. La mixité des usagers est un défi exigeant, mais elle semble être stimulante pour les résidents avec ou sans traitement .

Nous constatons aussi que les acteurs du secteur ambulatoire reconnaissent davantage la pertinence du secteur résidentiel. Des offres ambulatoires classiques, y compris le traitement avec prescription d'héroïne, développent des prestations tenant davantage compte des aspects socio-psychologiques et éducatifs. Les institutions ambulatoires sont aujourd'hui également à la recherche de placements résidentiels ou semi-résidentiels, d'offres de structures de jour, de *sleepings* ou d'autres soutiens sociaux pour stabiliser leurs usagers. Elles mettent ainsi davantage à contribution le secteur résidentiel et leur savoir-faire dans le domaine de la resocialisation ou de l'intégration sociale et professionnelle. Les approches de traitement de la dépendance cherchent à tenir davantage compte de la complexité des situations des usagers, notamment au niveau des comorbidités sévères et les institutions résidentielles sont davantage sollicitées dans un contexte financier toujours plus restrictif.

Cette double évolution des représentations et des pratiques offre de nouvelles opportunités à une mise en réseau des compétences et des potentiels existants dans les cantons romands au bénéfice des usagers actuels et futurs. La transversalité de l'action et la mise en réseau des compétences apparaissent désormais comme des éléments majeurs de l'innovation institutionnelle dans ce domaine. Le chemin semble ainsi ouvert à une identification plus explicite des collaborations possibles et à un renforcement des articulations entre le secteur résidentiel et les thérapies ambulatoires, le social et le médical. Les dispositifs institutionnels, leur savoir-faire, leurs ressources et leurs prestations doivent être intégrés de manière plus étroite, plus visible et plus efficace. Le secteur résidentiel peut trouver toute sa place dans un dispositif global qui doit chercher l'intégration et la synergie des actions dans un domaine d'intervention de l'action publique excessivement incertain et complexe.

Cependant, les difficultés ne doivent pas être occultées. Même si une convergence se dessine entre les référentiels des deux secteurs, il s'avère que les modes opératoires se distinguent considérablement dans les savoirs qu'ils mobilisent et les prestations qu'ils

offrent effectivement. Pour réussir une meilleure intégration, le secteur résidentiel doit, nous semble-t-il, s'ouvrir à l'innovation et à l'ajustement des pratiques de manière à se maintenir comme un partenaire efficace du traitement et de la prévention des dépendances. La définition de stratégies d'intervention et l'institutionnalisation de modèles de coordination et d'échange d'informations pourraient faire cheminer les acteurs vers un accord sur la désignation et l'opérationnalisation des objectifs des thérapies dans le cadre d'une spécialisation réciproque des interventions, rendant du même coup l'offre plus lisible et plus efficace.

L'amélioration de la lisibilité de l'offre résidentielle devrait permettre d'ajuster au mieux les prestations les plus adéquates aux potentiels de ressources et à la situation des usagers. Des lacunes dans l'offre semblent aussi exister concernant des personnes toxicodépendantes qui présentent des troubles psychiatriques sévères et multiples, pour qui des places supplémentaires dans des structures résidentielles ou semi-résidentielles seraient nécessaires. Au-delà du renforcement de l'offre, l'interconnaissance des institutions et de leurs prestations doit être assurée par l'institutionnalisation du réseau de compétences sous forme de procédures d'échange d'informations et de collaboration au niveau des processus d'indication et de régulation des flux d'usagers. Le processus d'indication devrait permettre le renforcement des collaborations entre l'ambulatoire et le résidentiel, notamment en fin de traitement (médico-social) où l'ambulatoire pourrait chercher des prestations dans le résidentiel dans les domaines du travail, des loisirs, de la formation.

Le changement progressif des représentations, l'adoption de nouvelles pratiques par les acteurs, les ajustements institutionnels et la gestion adaptative aux nouvelles situations qui se dessinent constituent déjà des éléments d'un apprentissage collectif tendu vers le renforcement des articulations du résidentiel et de l'ambulatoire dont les opérateurs principaux semblent être :

- l'individualisation des prises en charge (flexibilisation des programmes de traitement et d'accompagnement, des durées de séjour, etc.);
- le réseautage des acteurs de l'offre de prestations : formalisation des collaborations résidentielles et ambulatoires et contractualisation des réseaux d'offre des prestations et leurs services (nature, contenu, volume et qualité) afin d'améliorer la continuité et la qualité de la prise en charge ;
- la transversalisation des trajectoires thérapeutiques (somatiques et psychiatriques) et des accompagnements socio-éducatifs et socioprofessionnels.

Si du point de vue de l'offre de prestations, le défi premier consiste à assurer une continuité des soins au sein de la chaîne des traitements résidentiels et ambulatoires, cette triple amorce pose, de manière incontournable, la problématique du renforcement de l'offre résidentielle dans une perspective de transversalité de l'action publique et celle de l'indication.

Renforcement de l'offre résidentielle : enjeux de la transversalité

La nécessité d'un ajustement de l'offre résidentielle semble s'imposer. Elle nous interroge sur la question d'un éventuel renforcement de l'éventail des prestations par l'élargissement des modalités de prise en charge. Les acteurs du résidentiel sont sollicités à intervenir *comme producteurs d'une offre renouvelée de prestations qui résulte d'un processus d'écoute active des usagers et de l'ensemble des acteurs de l'offre et de la mobilisation de procédures du travail social telles que le bilan social, l'information sur l'offre de prestations, l'aide à la formulation d'un projet, etc.* De même, ils pourront jouer un rôle de médiateur entre le résident et les différents prestataires et acteurs institutionnels susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'élaboration du projet de resocialisation, mais également dans le cadre de sa mise en œuvre. La question d'une éventuelle élaboration d'une offre résidentielle de type gestion contrôlée de la consommation — produits psychotropes légaux et produits psychotropes illégaux — est posée. A défaut d'une réponse adéquate, l'éventail des situations pouvant bénéficier d'une approche concertée pourrait être réduit.

La question de la transversalité des trajectoires de traitement ne va pas uniquement dépendre de la capacité intégrative des prestataires du résidentiel au sein de la chaîne de traitement. Elle va aussi dépendre de la capacité intégrative de l'offre résidentielle par les acteurs du segment ambulatoire. Elle va dépendre, enfin, compte tenu de l'évolution du profil des populations résidentes, en particulier avec une augmentation des situations de comorbidités (psychopathologiques, sociales, somatiques), de la capacité intégrative des acteurs du stationnaire médical spécialisés en addictologie. A l'échelle de la chaîne de traitement des dépendances, les perspectives d'ajustement peuvent être ralenties notamment par la pénurie d'acteurs de liaison et d'offres de prise en charge au sein des unités spécialisées du stationnaire, de même que d'une absence de conditions cadre favorables à l'organisation d'une prise en charge de type transdisciplinaire.

Compte tenu de l'évolution de la demande de traitements résidentiels et de ses conséquences au niveau du profil de la population résidente, la problématique de l'insertion socioprofessionnelle devrait être amenée à s'inscrire dans une dynamique nouvelle dont les enjeux pourraient être liés à une série d'ajustements tant au niveau des objectifs d'insertion qu'au niveau des modalités de prise en charge y relatives. A cet égard, peut-être plus encore que dans d'autres de ses aspects, son inscription dans une approche de type individuel apparaît comme déterminante. Il en va de même au niveau de la transversalité des trajectoires au sortir du résidentiel, dans la mesure où la continuité des prestations socio-éducatives et socioprofessionnelles – emploi, formation, occupation, stage, etc. – constitue très justement l'un des enjeux de la resocialisation et de la démarche d'autonomisation des usagers.

Les bonnes conditions de cette transversalité vont dépendre en particulier de la structure de l'offre de mesures d'insertion adéquates, que ce soit en termes quantitatifs, au niveau de son adéquation par rapport à la demande, en termes qualitatifs, au niveau de son adéquation par rapport aux besoins, ainsi qu'à leur évolution, et en termes d'accès et de maintien. Dans la perspective d'une approche intégrée et transdisciplinaire, les acteurs de l'insertion, de même que les professionnels de la formation – scolaire, orientation professionnelle, formation, stages, etc. – sont appelés à devenir des partenaires de premier plan pour les prestataires du secteur résidentiel dans la prise en charge de catégories de populations présentant des troubles co-occurrents, dont une majorité d'entre elles constitue la population cible des structures dites « *d'accès à bas seuil d'exigence* ».

Il nous a été donné d'observer, au cours de notre mandat, une évolution des objectifs d'insertion vers un accroissement de la part de l'insertion de type socio-éducatif par rapport à l'insertion socioprofessionnelle. Celle-ci tendrait en effet à marquer le pas. Cependant, au niveau des prestations d'occupation, une part croissante des prestataires du résidentiel s'inscrit dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une offre nouvelle, de même que dans l'élargissement de l'offre résidentielle existante – ateliers – dans une perspective ambulatoire. Cette stratégie a pour objet de répondre à une demande d'occupation actuellement non prise en charge au sein de l'offre existante. Dans le domaine de l'insertion socio-professionnelle et du logement, des expériences en cours dessinent aussi un nouveau champ de possibles.

Plus généralement, les enjeux de la transversalité relèvent à la fois de la réduction des risques, de la continuité de soins, de la rétention au sein de la chaîne de traitement et de la compliance. Face à ces différents enjeux, nous postulons qu'un renforcement de l'adéquation de l'offre résidentielle par rapport à la demande ne peut se réduire à des interventions à l'échelle de chacune de ses structures, pas plus qu'à l'échelle locale. En effet, ces différents enjeux relèvent d'ajustements qui s'inscrivent à la fois dans le cadre des politiques publiques sociales et sanitaires et à une échelle spatiale qui est celle de l'ensemble des cantons romands. Il n'en demeure pas moins qu'à l'échelle des structures résidentielles, la question d'une clarification de leurs cadres d'action constitue un préalable.

Le processus d'indication au cœur du processus d'articulation : le case management comme mode opératoire

Le dispositif d'indication est au cœur de la réflexion sur les ajustements visant la transversalité des trajectoires de traitement lorsque celle-ci s'avère nécessaire. En effet, le processus d'indication permet de clarifier : les objectifs du traitement, les méthodes d'intervention mobilisées, le réseau de coopérations entre les différents intervenants et leurs rôles respectifs, les droits et devoirs des usagers.

La problématique de l'indication renvoie également aux questions de diagnostic socio-sanitaire, de mise à disposition de l'offre de prestations la plus adéquate, de co-construction de la demande et des outils de suivi. En termes d'indication, trois situations distinctes se présentent aujourd'hui dans les cantons romands : Evita-Vaud, en phase de mise en œuvre et d'évaluation ; le dispositif pilote fribourgeois en phase de test ; le dispositif vaudois pour les produits psychotropes illégaux en phase d'élaboration.

Ces expériences sont certes encore partielles, mais elles montrent déjà la pertinence des enjeux identifiés, notamment au niveau d'une mise à disposition plus adéquate et plus efficace de l'offre existante. D'une manière générale, nos entretiens mettent en évidence un large consensus sur la nécessité d'un processus d'indication tendu vers une recherche de réponses les plus adaptées aux besoins des usagers – résidents – patients.

En ce qui concerne le « case management », les expériences sont encore timides, même si la question est implicitement posée par la problématique du suivi des traitements. A cet égard, différentes variantes de case management peuvent être envisagées (Tempier, 2004). On distinguera notamment le case management, dit « clinique », du case management, dit « de courtage ». Dans le premier cas, le case manager devra « déterminer le traitement et le coordonner avec les autres services ou traitements. Il va constituer un lien humain entre un patient et un système, et surtout délivrer un traitement individualisé et des soins basés sur une relation thérapeutique ». Dans le second cas, l'action du case manager relève uniquement de la coordination des prestations. Il pourra donc être pris en charge par un non professionnel de la santé, ce qui n'est pas le cas du case manager « clinique ». Face à la perspective d'un case management de type « clinique » qui pourrait être confié au médecin référent ou orienteur, gage d'une plus grande transversalité des traitements thérapeutiques, certains de nos interlocuteurs nous ont fait part de leurs critiques en relevant qu'il s'agirait d'une « fausse bonne idée » eu égard à la surcharge de travail qu'une telle fonction ne manquerait pas d'entraîner.

L'approche en réseau est laborieuse, mais elle nous semble incontournable. Les questions relatives aux ajustements de l'offre résidentielle dans une perspective concertée vont poser une série d'enjeux en termes d'individualisation des prises en charge, de limites à la mixité des populations et de diversification de l'offre résidentielle, de renforcement de l'encadrement, d'élargissement et diversification des compétences, de renforcement et d'élargissement des acteurs de liaison, etc. Il faut certainement être très attentif aux symptômes de « fatigue partenariale ».

4. La parole des usagers : profils socio-démographiques, trajectoires de vie, perceptions

La finalité du traitement résidentiel est la réussite de la réintégration sociale. Cette visée est généralement déclinée en cinq compétences majeures: pouvoir exercer un travail permettant l'autonomie financière; trouver un logement adéquat à la situation familiale; être capable de reconstituer un réseau relationnel solide; mener un style de vie qui agit positivement sur l'état de santé; savoir vivre dans le cadre de la légalité.

La situation des usagers à l'entrée, à la sortie et durant leur trajectoire dans les dispositifs peut être évaluée selon une série d'objectifs critiques permettant de mettre en évidence la gravité des problèmes associés à la consommation de substances psychoactives, de quantifier le besoin de traitement et d'estimer l'évolution en matière de qualité de vie des usagers. L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) est un instrument d'enquête et d'évaluation multidimensionnel incluant une soixantaine d'items objectifs critiques et fournissant un profil très complet de la situation des usagers pour sept catégories de problèmes: la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'état de santé physique, les relations familiales et interpersonnelles, l'état psychologique, l'emploi et les ressources, ainsi que la situation judiciaire.

Dans ce chapitre, nous rappelons quelques données de base relatives aux profils de dépendance observés et aux perceptions des usagers en matière d'amélioration de leur qualité de vie durant leur prise en charge, faisant référence aux principales catégories ou axes d'analyse de l'indice de gravité. Ainsi, des entretiens qualitatifs approfondis ont été menés auprès d'un groupe de soixante usagers identifiés dans les différentes institutions résidentielles dans le but d'évaluer les effets perçus de leur prise en charge selon cinq axes principaux inspirés de l'IGT: consommation, santé, situation socio-familiale, ressources et emploi et situation pénale et judiciaire.

Les données ont été récoltées au moyen d'entretiens individuels semi-directifs réalisés auprès d'une soixantaine d'usagers. Notre échantillon est composé de personnes qui, au moment des entretiens, soit étaient prises en charge par une institution résidentielle ou ambulatoire de Suisse romande, soit avaient bénéficié, par le passé, d'un ou de plusieurs traitement(s) résidentiel(s). La majorité des usagers interviewés sont des hommes âgés de 28 à 66 ans. Même si les personnes interviewées ne sont pas statistiquement représentatives de toute la population toxicodépendante ayant eu ou ayant recours aux institutions résidentielles, à travers cet échantillon, il a été possible d'obtenir des informations très riches et très significatives.

Pour analyser les données, nous avons procédé à une analyse de contenu. Organisé selon les axes référés, chaque récit a subi plusieurs lectures, selon une logique itérative qui a permis d'identifier les lignes de force de leurs trajectoires, leurs différentes phases et les facteurs de rupture et de changement à partir de perspectives à chaque fois différentes. Cette analyse a permis d'évaluer, d'une part, la perception des usagers sur les effets des différentes prises en charge sur leur qualité de vie et, d'autre part, d'identifier les trajectoires dans les dispositifs. Celles-ci ont été travaillées jusqu'à rendre compte de la diversification des parcours, des facteurs fragilisant et des facteurs protecteurs ainsi que du rôle des séjours résidentiels.

Les témoignages très riches des usagers nous ont permis d'esquisser un aperçu de la manière dont ils ressentent l'évolution de leur situation personnelle en regard des différents axes d'analyse retenus. La reconstitution de leurs trajectoires durant leur prise en charge résidentielle nous a permis d'enrichir l'évaluation des forces et des faiblesses des dispositifs tels que perçues par les usagers et d'élaborer quelques pistes de réflexion relatives à l'articulation entre le secteur résidentiel et le secteur ambulatoire sur lesquelles nous reviendrons en conclusion.

Le choix de la population d'enquête a été déterminé d'entente entre le mandataire, le mandant et les institutions concernées (cf. tableau annexe). Le rôle des acteurs institutionnels a été primordial dans la mise en lien des chercheurs avec la population d'enquête.

4.1. Profils : précarisation, polytoxicomanie et comorbidité

La constitution de bases de données statistiques cantonales, avec ce qu'elle implique d'harmonisation des questionnements, de standardisation des encodages et d'inscription dans les logiciels les plus à même de pouvoir mener des analyses quantitatives, est toujours problématique dans les cantons et empêche que les caractéristiques des populations dépendantes puissent être révélées de manière totalement satisfaisante. Certaines institutions centralisent le traitement de leurs données en coordination tant avec l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions qu'avec la Ligue pour l'évaluation des thérapies résidentielles de la toxicodépendance. Elles sont donc habituées à communiquer et savent s'organiser de telle sorte que cette communication ne préterite pas une bonne exécution quotidienne de leurs tâches. Il n'en va pas de même avec les données sollicitées auprès des institutions médicales. La toxicomanie et/ou l'alcoolisme d'un client ne font pas l'objet d'un signalement systématique dans les hôpitaux, quand bien même les problèmes somatiques pour lesquels les personnes se présentent seraient liés à des dépendances. Certains médecins les signalent dans les dossiers médicaux des patients, mais aucune obligation ne leur est faite de systématiser cette pratique. Il en va de même dans d'autres services des cantons, tels que les services policiers, judiciaires, pénitentiaires où les dépendances de leur clientèle ne sont pas systématiquement signalées et/ou informatisées.

Il est évident que des moyens matériels supplémentaires devraient être consacrés à la constitution d'un système d'information plus systématique pour acquérir une connaissance quantitative plus complète, plus fiable et plus coordonnée de la dépendance à différents niveaux géographiques. La faible harmonisation et l'insuffisante complétude des données disponibles ne témoignent pas uniquement d'un manque de moyens matériels, mais aussi de problèmes d'articulation entre les institutions et services chargés des populations dépendantes. Sans une amélioration préalable des synergies fonctionnelles, il est illusoire d'imaginer que la saisie et la communication statistique pourront être améliorées de façon pérenne.

Mis en place en 2004, le Réseau de monitoring de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse (*act-info*, www.act-info.ch) qui repose sur des questionnaires d'entrée et de sortie directement comparables dans cinq domaines de traitement (ambulatoire, résidentiel alcool et médicaments, résidentiel drogues illégales, substitution à la méthadone, traitement avec prescription d'héroïne) constitue un instrument des plus prometteurs pour la recherche appliquée⁹. Si le système de monitoring *act-info* est conçu pour permettre un recensement exhaustif, la participation restant toutefois généralement facultative pour les institutions de traitement, les résultats ne peuvent par conséquent pas être garantis même s'ils sont déjà très encourageants, comme en témoignent les différents rapports annuels (Rapport annuel *act-info*, Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse, Rapport du système de monitoring, OFSP).

L'offre thérapeutique résidentielle fait l'objet d'une statistique tenue par la Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS). En début d'année 2009, cette

9 Le Réseau de monitoring *act-info* (The information network on addiction care and therapy in Switzerland) réunit sous le même toit les cinq anciennes statistiques menées dans le domaine de la prise en charge et du traitement en matière de dépendance en Suisse, à savoir: SAMBAD (Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue); *act-info-Residalc* (Statistique du traitement *résidentiel* de l'alcoolodépendance en Suisse); *act-info-FOS* (Statistique de la Ligue pour l'évaluation des traitements *résidentiels* de la *toxicomanie*); HeGeBe (Statistique du traitement avec prescription d'héroïne); Méthadone (Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone).

statistique, qui fait partie intégrante du réseau national de monitoring *act-info*, concernait 50 institutions résidentielles spécialisées. Les données publiées donnent une vision d'ensemble que nous reproduisons ici brièvement. 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%. On constate en revanche une certaine élévation de l'âge de la clientèle ces dernières années: la proportion des usagers âgé(e)s d'au moins 30 ans au moment de leur admission représentait 50% en 2008. 49% 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.

En 2008, au moment de leur admission dans une institution résidentielle spécialisée, 37% des usagers ont désigné un opiacé, 25% la cocaïne (y compris crack et freebase), 9% les cocktails (cocaïne et héroïne) et 8% le cannabis comme étant la substance qui leur posait principalement problème. La progression de la consommation d'héroïne observée à la fin des années 1980 et 1990 semble bien enrayée. Cependant, on n'observe pas de signe de recul significatif 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.

L'offre thérapeutique des établissements résidentiels à vocation socio-thérapeutique qui sont spécialisés dans le traitement des problèmes d'alcool et de prise médicamenteuse fait l'objet de la statistique spécifique Residalc. Cette statistique est tenue par Addiction Info Suisse (ex-ISPA) séparément pour les institutions romandes et les institutions alémaniques, et elle fait également partie intégrante du réseau de monitoring national *act-info*. Sur la vingtaine d'établissements résidentiels de ce type en Suisse, 15 ont participé au monitoring de la clientèle en 2008 (7 en Suisse romande avec 318 admissions enregistrées, et 8 en Suisse alémanique avec 1110 admissions enregistrées).

En 2008, pour la partie romande, la proportion des femmes admises est de 21%. L'âge moyen à l'admission est de 41 ans, avec un quart du collectif âgé de plus de 49 ans. Plus de la moitié des personnes (54%) qui ont commencé un traitement l'ont fait principalement à leur propre initiative. Viennent ensuite les clients envoyés par le monde médical (cabinet, hôpital, clinique) avec 14% et les usagers adressés par leurs proches (partenaire, familles, amis, collègues) avec 11%. Une institution ambulatoire spécialisée dans le domaine de la dépendance est principalement à l'origine du placement dans 7% des situations. Au moment de leur admission, 73% des usagers ont indiqué l'alcool comme problème principal, 9% la cocaïne, 8% un opiacé, 3% le cannabis et 3% également, un médicament. Parmi les usagers dont le problème principal est l'alcool, l'âge moyen de la consommation régulière est de 24 ans et celui du début de la consommation problématique de 32 ans.

Les chiffres enregistrés en 2008 pour la partie alémanique sont légèrement différents. La proportion des femmes admises est de 35%. L'âge moyen à l'admission est de 45 ans, avec un quart du collectif âgé de plus de 53 ans. La moitié des personnes (50%) qui ont commencé un traitement l'ont fait principalement à leur propre initiative. Viennent ensuite les clients envoyés par le monde médical avec 16% et les usagers adressés par leurs proches avec 14%. Une institution ambulatoire spécialisée dans le domaine de la dépendance est principalement à l'origine du placement dans 7% des situations. Au moment de leur admission, 87% des usagers ont indiqué l'alcool comme problème principal, 3% un opiacé, 2% la cocaïne et 2% également, un médicament. Parmi les usagers dont le problème principal est l'alcool, l'âge moyen de la consommation régulière est de 26 ans et celui du début de la consommation problématique de 35 ans.

Chez les usagers pour qui le cannabis constitue le problème principal, le début de la

consommation régulière de cette substance a été le plus souvent très précoce: 80% ont commencé à en consommer régulièrement avant 18 ans et 39% avant 15 ans. Le début de la consommation régulière des opiacés, de la cocaïne (et de ses dérivés) ou des cocktails en tant que principale substance posant problème a été plus tardif. Ainsi, par exemple, 72% des client(e)s ayant désigné un opiacé comme problème principal ont commencé à le consommer régulièrement à 18 ans ou plus; 75% des client(e)s ayant la cocaïne (y compris crack et freebase) comme principal problème ont débuté sa consommation régulière à 18 ans ou plus.

Une étude menée par Jordan et Maffli (2005) compare certaines caractéristiques des usagers des domaines ambulatoire et résidentiel de la prise en charge des problèmes liés à l'alcool. Leur objectif est d'examiner si les usagers des secteurs ambulatoire et résidentiel correspondent à des profils distincts. L'étude se base sur les données recueillies dans le cadre des statistiques SAMBAD et SAKRAM/CIRSA sur une période de deux ans (2000–2001)¹⁰. Par rapport aux services de consultation ambulatoires, affirment les auteurs, les institutions résidentielles accueillent une proportion plus élevée d'usagers 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. Les auteurs proposent une hypothèse sur le mécanisme de sélection entre ces deux secteurs de prise en charge. Ainsi, il est généralement 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. On peut supposer, ajoutent les auteurs, que le traitement résidentiel intervient plutôt en fin de parcours thérapeutique, lorsque les autres offres d'assistance sont restées sans succès, et qu'il concerne des personnes présentant des problèmes plus sévères et plus nombreux que les usagers du secteur ambulatoire.

Même si les vulnérabilités des différents types de population sont grandement partagées, les usagers des différents types de services ne peuvent avoir strictement les mêmes besoins. Constituant de facto des groupes cibles, un traitement ou une prise en charge particularisée leur est proposée au sein des différents dispositifs de prise en charge. A partir de là, les questions qui se posent sont les suivantes : comment les personnes dépendantes d'une substance parviennent-elles jusqu'au dispositif résidentiel ? Quelles sont leurs trajectoires ? Comment s'organisent leurs chemins vers l'affranchissement ? Enfin, quels sont les effets de l'offre de prestations du secteur résidentiel romand sur l'amélioration de la situation personnelle des résidents-usagers-patients ?

4.2. Trajectoires : entrée dans le dispositif résidentiel et parcours de vie

Les trajectoires de la dépendance tendent à obéir, au niveau de leur dimension temporelle, à un modèle qui serait formé de phases successives dont chacune d'entre elles constituerait autant de schémas autour desquels se dessineraient des modes de vie différents, mais dont la caractéristique commune est le comportement de consommation d'une substance. Prochaska, Di Clemente et Norcross (cité in Benyamina, 2006) ont proposé un schéma d'analyse des trajectoires individuelles articulé en cinq stades : la précontemplation — stade du consommateur heureux —, la contemplation — stade du consommateur indécis —, la préparation — consommateur prêt au passage à l'action —, l'action — stade de l'arrêt —

10 Les anciennes statistiques SAMBAD et SAKRAM/CIRSA ont été remplacées en 2004 par le Réseau de monitoring de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse (act-info, www.act-info.ch). Cette nouvelle statistique permet non seulement d'étendre les comparaisons, mais aussi d'évaluer dans quelle mesure certain(e)s client(e)s recourent aux deux types d'assistance.

et la maintenance — stade de la prévention à la rechute. Dans ces constructions complexes et singulières au sein desquelles viennent s'inscrire des objectifs d'éloignement et d'affranchissement de la dépendance, la régression, la rechute, tend à apparaître comme une phase à part entière. C'est ainsi que, dans ce modèle, la régression, considérée comme le sixième stade, apparaît quand un individu retourne à un stade précédent du changement. La rechute ferait donc partie intégrante du cycle du changement.

Ce chapitre met en évidence la diversité des trajectoires des usagers et montre en même temps de quelle manière le secteur résidentiel intervient dans la vie des usagers et s'articule au secteur ambulatoire à travers les besoins des usagers et de leurs trajectoires toujours singulières.

4.2.1. L'entrée dans une institution résidentielle : besoins, perceptions des avantages, rencontre avec l'offre

Pour une majorité de personnes rencontrées au cours de notre recherche, le traitement résidentiel a été précédé d'une situation de crise. A cet égard, nos interlocuteurs nous ont décrit des situations marquées par des formes de consommation dites « radicales » (Soulet, 2002) — aliénation par rapport au produit —, par une mise en danger de leur santé physique et psychique, mais également parfois par des situations de marginalité voire d'exclusion au niveau social et familial — réseau social primaire et réseau social secondaire — :

« Les derniers mois, je mettais ma vie en danger tous les jours avec l'alcool, avec les Dormicum, avec la cocaïne que je prenais aussi. Deux semaines avant de venir ici, je suis tombé raide chez ma maman à cause des Dormicum. Le médecin urgentiste n'arrivait plus à me réveiller, j'ai passé très près de la mort. »

« L'alcool, c'est allé pendant une vingtaine d'année. En 2007, ça a été la catastrophe, je buvais tous les jours. Là, j'ai connu la dépendance physique et je n'arrivais plus à me relever. »

« La dernière année, je ne travaillais plus, je vivais chez ma mère et je consommais cannabis et jeux vidéo toute la journée avec des excès le week-end sur des produits plus durs quand j'avais les moyens. C'était un petit coup de speed, un petit bonus, quoi. » ... « Les derniers mois, je ne savais plus ce que je devais faire, où je devais aller, comment m'y prendre. J'étais arrivé à un point où c'était ... voilà, une catastrophe. A ce moment-là, j'avais besoin du résidentiel. »

« Au niveau parental, il y a eu une grosse coupure, aussi au niveau social. Je n'avais plus d'emploi parce que je sortais de prison. Je zonais tout le temps, j'étais tout le temps avec mes potes et puis on se péta. C'est tout ce que j'avais. »

« Là, j'étais suivi pour la méthadone, mais j'allais me faire renvoyer parce que j'avais frappé un docteur. J'étais encore là-bas et j'allais me faire expulser. Ils m'ont laissé encore une semaine pour trouver un autre docteur, pour essayer de trouver la méthadone chez un autre docteur. Après, je suis tombé en prison et après je suis venu directement ici. »

Dans deux situations au moins, nos interlocuteurs ont été confrontés, avant leur entrée au sein du résidentiel, à une situation d'exclusion du logement. Dans les deux cas, des travailleurs sociaux hors murs ont été au cœur de leur prise en charge. Pour l'un d'entre eux, leur intervention s'est échelonnée sur plusieurs années : « Ici, je suis venu par un éducateur de rue. Comme j'étais à la rue, on a commencé à discuter, à avoir des entretiens de temps à autre. Peu à peu il m'a dirigé, pourquoi ne pas retourner dans une institution, ça faisait peut être deux ou trois ans que j'étais sorti de ... J'ai été d'accord pour une visite. » Dans une majorité de situations, le recours au résidentiel s'est inscrit dans une transversalité des

traitements dans la mesure où nos interlocuteurs bénéficiaient déjà d'une prise en charge au sein de l'offre ambulatoire spécialisée. Le rôle des professionnels de l'ambulatoire paraît ainsi déterminant, en particulier en termes de médiateurs et d'accompagnateurs dans le processus de motivation au changement et de construction d'une demande. Dans ce travail de médiation, les acteurs des structures ambulatoires doivent parfois faire face à de nombreuses réticences comme l'explique un de nos interlocuteurs rencontré au sein d'une des institutions résidentielles de traitement, en évoquant le cas suivant : « Nous avons eu beaucoup de peine à faire entrer cette personne en résidentiel parce qu'il avait peur et tout ça. Sa situation était grave avant qu'il ne rentre, une situation très difficile (...) Et puis, quand il est arrivé là-bas, il a pris peur. Et un jour, une dame me l'a passé au bout du fil, c'était le deuxième ou troisième jour. Je lui ai parlé et j'ai réussi à le convaincre de rester. » De fait, les facteurs qui vont peser sur la décision des usagers quant à un éventuel recours à un traitement résidentiel sont multiples.

4.2.1.1. Le recours au traitement résidentiel : avantages et désavantages

Les personnes enquêtées ont fait part d'un certain nombre de craintes liées à l'admission dans une institution résidentielle. La perte d'un logement ou d'un emploi, les ruptures au niveau social et familial associées à un séjour en résidentiel de plus ou moins longue durée, ou encore les contraintes liées à la vie communautaire paraissent importantes. Il convient également de prendre en compte d'autres facteurs tels que ceux liés aux stigmates associés à l'image du toxicomane qui pourrait résulter d'une prise en charge au sein du résidentiel :

« Ça fait deux ans que je me tâtais, que j'hésitais. J'étais suivie [en ambulatoire], mais il m'a fallu beaucoup de temps pour me décider à venir ici. Bon, il y avait le problème de mon fils aussi, parce qu'il était mineur à l'époque. Là, il a eu dix-huit ans et c'est ça qui m'a aussi décidé à venir. »

« Choisir le résidentiel ? Non, ça ne m'aurait pas permis de continuer de travailler, d'être libre, disponible ici et puis j'ai ma vie ici. »

« Il faut aussi parfois qu'on arrive à écouter. Plusieurs fois on m'a proposé d'aller dans une maison, mais je ne voulais pas. Déjà pour ma fierté et tout. Je savais que j'allais venir dans une maison, j'allais plus voir mes parents, j'allais perdre mes amis et tout ça. Donc ce n'est pas facile à accepter. Mais ils me l'ont proposé plusieurs fois. »

« Les premières fois où on m'a proposé une postcure, j'ai refusé. Je ne connaissais pas, je ne savais pas ce que c'était. Je n'avais pas envie de passer des mois éloigné de ma famille. Et puis c'est un endroit que je ne connaissais pas. C'était surtout la peur. »

« Je n'avais plus de travail, je n'avais pas d'appartement. Surtout le lien que j'avais avec mes parents, même s'il était bancal, c'est dur de devoir annoncer : Maman, je vais dans une maison parce que je suis dépendant. Surtout qu'ils n'étaient pas au courant, enfin ils savaient, mais je ne leur en avais jamais parlé. C'est plein de petites choses qui nous blessent, quoi. »

« Je ne me prenais pas pour un « tox ». L'image vraiment du « tox », c'était pas vraiment mon cas, je ne me shootais pas encore, j'étais tout le temps propre, j'avais la voiture. Donc voyez, même là l'image était faussée chez moi. D'autant plus qu'ils me proposent d'aller dans une maison, que mon image n'est pas celle d'un « tox », j'ai encore plus de peine à accepter. »

La présence d'un animal domestique, tel un chien, peut également constituer un facteur de refus ou de non prise en compte de la possibilité d'entreprendre un traitement résidentiel : « C'est ma première thérapie. Si je n'en

avais pas fait avant, c'est parce que je n'avais pas la possibilité de prendre mon chien avec moi. J'arrivais à le caser lorsque j'étais en prison parce que ce n'était pas trop long. Mon chien, c'était tout. On dit toujours que les toxicos ne s'occupent pas de leur chien. Ben en attendant, moi j'étais 16 à 18 heures par jour dehors avec mon chien qui se promenait, qui avait toujours à manger. Si j'avais trois francs dans mon portemonnaie, c'était trois francs pour le chien. Malheureusement je l'ai perdu. »

A d'autres égards, l'échec d'une ou de plusieurs tentatives de traitement résidentiel peut également constituer, selon les personnes, un facteur négatif. Dans les propos de nos interlocuteurs, ce sont essentiellement des questions relatives à la sortie du résidentiel, comme phase à haut risque de rechutes, qui apparaissent comme un enjeu déterminant : « Le résidentiel ne me convient pas trop, je préfère gérer ça plutôt de l'extérieur. Bien sûr, on y est mieux entouré, mais il faut retourner un jour ou l'autre dehors, on doit y aller, quoi. En 1996, je suis parti sur ... C'était une mesure pénale. Quand je suis sorti après plus d'une année, j'ai très vite replongé. Ben disons, c'est que je me suis retrouvé du jour au lendemain sans aucune règle, sans aucune contrainte et de nouveau livré à moi-même 24 heures sur 24. Les limites, je pense que le saut est trop grand entre le résidentiel et l'extérieur. La différence est trop grande. Je suis repassé par l'ambulance pour avoir de la méthadone. »

Concernant l'objectif fixé au séjour en résidentiel, on constate qu'il est peu pensé et élaboré par les usagers comme en rend compte un de nos interlocuteurs, responsable d'une structure résidentielle, lorsqu'il évoque le contenu des lettres de motivation. Celles-ci lui paraissent en effet davantage formelles qu'articulées autour de la construction d'un projet et de ses objectifs : « Nous, ce que nous voyons [dans les lettres de motivations], c'est souvent des projets qui sont calqués, les gens connaissent, enfin tous ceux qui viennent chez nous, ils connaissent quand même tout le ... enfin le dispositif. Ils connaissent les institutions avant de venir, ils se sont renseignés sur nous, ils savent qu'on travaille avec l'abstinence, etc. Donc ils vont aussi répondre à nos attentes à nous. Nous, ce qu'on aimerait pouvoir faire et ça, ce n'est pas vraiment encore gagné, c'est que la personne vienne vraiment avec son projet à elle. »

Dans certaines situations, ainsi que nous avons pu l'observer au sein de notre échantillon, un recours au résidentiel intervient au terme d'une évolution par essais et erreurs successifs. Le traitement en institution résidentielle paraît alors s'imposer comme seul moyen de parvenir à une rémission : « C'est au bout de mon troisième séjour de sevrage que j'ai accepté une postcure en résidentiel. La première fois, j'avais encore mon travail et je pensais que trois semaines suffiraient. J'ai voulu reprendre mon travail à 100 %. Mon médecin m'a dit que j'allais me casser la figure et c'est ce qui est arrivé. Un mois après, je me cassais effectivement la figure. Je suis resté en arrêt maladie et j'ai fait un deuxième sevrage. Ils m'ont de nouveau proposé une postcure et j'ai de nouveau dit non. Je voulais attendre un mois ou deux et reprendre mon travail. Je ne suis pas arrivé à reprendre mon travail. Avant ma troisième cure, j'ai connu la dépendance physique, c'était une horreur, on tremble, on est obligé de boire le matin pour arrêter de trembler, c'était tout simplement invivable. Là, j'ai accepté de venir ici. »

Dans d'autres situations, plus nombreuses, le constat, par nos interlocuteurs, d'une perte ou d'une diminution importante de leur capacité d'auto-régulation de leur consommation et de ses conséquences au niveau de leur santé, mais également au niveau de leurs relations sociofamiliales a pesé dans la décision d'admission dans le résidentiel. Ils racontent comment s'est prise cette dernière :

« Pourquoi j'ai accepté le résidentiel ? C'est quand on dépasse des limites, quand on n'arrive plus. Il offre la protection. Je ne sais pas comment vous dire, mais l'eau était là, elle a baissé, elle a baissé et puis, tout d'un coup, elle est remontée et c'est comme si on était en train de se noyer. »

Si je suis venu ici, c'est pour sauver ma peau. J'ai failli mourir deux fois l'année dernière. J'ai eu un incendie où mon appartement est parti en fumée et celui de mon voisin aussi. C'est parce que je prenais des bleus (du Dormicums). C'était hallucinant. Je faisais des trucs complètement fous et je ne me rappelais même plus. Je faisais des villas, c'était terrible. Ce produit, vraiment, il m'a posé des monstres problèmes et c'est le premier produit dont j'ai pu me débarrasser en arrivant ici. »

« Pour moi, le résidentiel, ça a été vital. Pour d'autres gens, je pense que ça ne l'est pas. Je pense qu'ils arrivent à vivre comme ça, de temps en temps une consommation, de petites choses qui n'amènent pas d'autres problèmes encore là-dessus. Ils arrivent encore à tenir la tête hors de l'eau – ils resteront dans une consommation festive. »

La perception des craintes et les attentes, ainsi que les processus de choix qui conduisent à une demande d'admission sont multiples et complexes. Le choix d'une institution résidentielle paraît s'inscrire au sein de processus opposant facteurs attractifs et facteurs répulsifs. Au-delà du projet d'admission, quelles sont les modalités selon lesquelles se construit finalement la rencontre entre la demande des usagers et l'offre institutionnelle ?

4.2.1.2. Du projet d'admission à la résidentialisation : la rencontre de la demande et de l'offre de prestations

D'une manière générale, trois facteurs peuvent, à des degrés divers selon le canton de domicile, peser sur le choix d'une institution résidentielle, à savoir : la perception de la structure de l'offre qui existe au sein de chaque canton, le type de produit principal d'une dépendance - c'est particulièrement le cas pour l'alcool - et la politique des services payeurs - selon qu'ils autoriseront ou non le recours à une offre extra-cantonale.

Au niveau de la structure de l'offre, l'aspect déterminant paraît être l'encadrement fourni par l'institution résidentielle à des populations à autonomie réduite ayant un grand besoin de mise à l'abri et de protection. Ces aspects sont souvent mis en exergue par les usagers:

« Je pensais que j'étais assez fort pour y arriver en ambulatoire. Mais, à un moment donné, j'ai bien dû me rendre compte que ça ne serait pas possible. Ce qui m'a décidé, c'est que j'avais besoin d'être loin de tout, d'être protégé.

« Pour moi, ça dépend des gens, il me faut un encadrement sécurisant. Donc moi, me contenter d'une fois par semaine, aller voir quelqu'un et le reste de la semaine faire ce que je veux, ça ne me convient pas. Il me faut reprendre des repères, une certaine, pas hygiène de vie, mais un mode de vie tout en étant entouré. Ce n'est pas toujours facile en résidentiel, mais c'est sécurisant.

« Je n'ai jamais été en ambulatoire pour ça. Moi, ce qu'il me fallait, c'est quelque chose de strict. L'ambulatoire, ça ne m'aurait pas convenu parce que déjà on ne peut pas travailler la sécurité, parce qu'ici, en résidentiel, on est entouré 24 heures sur 24. Si on a la moindre question, on peut aller discuter. Et on n'est pas tout seul. Quand vous êtes, le soir, dans votre appartement en ambulatoire, vous êtes confrontés quand même à ça. Là, vous n'avez personne. Ici, si j'ai des envies de consommer le soir, je vais discuter avec le veilleur, je vais discuter de ci, je vais discuter de ça. Est-ce que vous pouvez appeler le gars de l'ambulatoire à onze heures du soir parce que vous avez des envies ? Non. »

Certains aspects de l'offre de prestations par rapport aux besoins du futur résident parais-

sent aussi peser. Ainsi, le cas de l'un de nos interlocuteurs qui, dans son choix, a pris en compte l'offre institutionnelle en matière d'occupation et de suivi dans la phase post-résidentielle : « Je voulais quand-même une maison où ils fournissaient plus qu'un sevrage et une prise en charge, mais aussi tout un côté travail, où il y avait la possibilité d'être occupé et d'avoir un suivi sur l'extérieur en appartement protégé. Ma tutrice m'a beaucoup aidé dans mes recherches. » Dans certains cas, le petit nombre de résidents accueillis paraît également avoir pu constituer un critère attractif : « Le fait que ça soit un petit centre aussi, qu'on ne soit pas une trentaine, une cinquantaine, ça m'a plu. » Dans d'autres cas, les conditions d'accès au sein d'une structure résidentielle ont été prises en compte en raison d'un traitement à la méthadone : « J'aurais bien voulu aller dans [l'institution résidentielle X], mais il n'y avait pas la méthadone et puis quasiment pas de médicaments. Alors j'ai dû venir ici.»

Parfois l'accès à l'offre résidentielle est le résultat d'un choix dans lequel intervient la distance géographique, le but étant de pouvoir bénéficier d'une structure suffisamment éloignée des lieux de consommation et de deal :

« Vu que j'étais sur Lausanne, j'ai vécu sur Lausanne, je n'avais pas envie d'être sur Lausanne, de savoir que je pouvais sortir et puis directement je savais où aller à Lausanne. »

« Et puis l'éloignement. Ça serait le dernier endroit où je viendrais habiter, c'est bien ici. »

D'autres fois, c'est le point de vue et l'information donné par un proche qui va motiver le choix de la structure :

« J'en avais entendu parler, une personne qui fréquentait assidûment le même ambulatoire que moi et qui est revenue d'ici dans un état impeccable. Avant, elle ne pouvait plus marcher et il ne lui restait qu'une dent. Et elle est revenue, après une année et demie, avec des nouvelles dents parce qu'ici on peut aller chez le dentiste et tout. Et puis, elle pouvait remarquer. Ils ont dû lui faire des soins tous les jours. Mais on disait qu'ici, c'était pour ceux qui sont à la ramasse et moi, je voyais tout d'un coup le contraire et ça m'a donné envie d'essayer. C'est la première fois que je fais du résidentiel en volontaire. Les autres fois, c'était imposé et ça durait six semaines maximum. »

« Un ami qui était aussi toxicomane, il était venu ici et il m'en a parlé. Il m'a dit que c'était bien, machin et puis alors moi j'ai décidé de faire mes recherches et puis de venir, quoi. Je suis venu en préadmission, ils m'ont expliqué et ça m'a plu. »

A l'inverse, la perception négative d'une institution via l'expérience de tiers paraît constituer un critère répulsif parfois déterminant : « J'ai regardé sur le Net, j'ai plein de copains qui avaient fait des cures. Je connaissais [l'institution X] parce qu'on m'en avait parlé. Je connaissais aussi [l'institution Y] parce que j'ai un oncle qui y était allé. Je ne voulais aller ni dans l'un, ni dans l'autre, alors j'ai cherché ailleurs. »

Parfois, il arrive qu'une demande d'admission en résidentiel ne puisse être satisfaite. Nous avons ainsi pu observer, dans un canton romand, une situation au sein de laquelle une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance (Plafa) en milieu fermé et arrivant à terme a dû être renouvelée faute d'accès à une institution résidentielle au moment de la sortie. Cette personne, sans domicile, évoquant une série d'échecs successifs, refusait le recours à l'offre résidentielle de son canton d'appartenance. Elle avait toutefois accepté et mené, à cet égard, toutes les démarches en vue d'une entrée au sein d'une institution résidentielle d'un autre canton. Le service payeur n'ayant pas donné son accord, le séjour

en établissement a dû être prolongé, comme l'explique un acteur du pénal :

« Lors du dernier colloque, j'ai dû demander la prolongation d'un Plafa pour une personne prête à sortir et qui était ici pour un problème d'alcoolisme. Il sort, il n'a pas de domicile, il n'a pas d'antabuse, il n'a pas de thérapeute, il n'y a rien. Le mettre à la porte, il va se taper la tête contre les murs. »

Enfin, nous avons pu observer, au sein de la population d'enquête, que nos interlocuteurs ont été les principaux artisans, voire parfois les seuls acteurs, du choix d'une structure résidentielle. C'est également le cas dans le cadre de certaines mesures pénales, même si l'offre potentielle est plus restreinte du fait d'une première sélection par le juge d'application des peines en tant que service placeur. A cet égard, il convient de noter que certaines demandes de la justice peuvent être refusées par les responsables des structures résidentielles, faute d'adéquation par rapport à l'offre. C'est ainsi, par exemple, que l'un des responsables d'une structure résidentielle relevait toute la difficulté à laquelle il pouvait être confronté face à certaines demandes de la justice : « Sur les sept demandes formulées par le Service pénitentiaire, nous en avons refusé quatre. Nous sommes une institution qui se veut très ouverte, la plus proche possible d'une réalité que l'on peut connaître à l'extérieur. Donc il n'y a pas de barreaux aux fenêtres et nous travaillons sur la confiance. Des lieux comme chez nous sont trop ouverts pour des personnes qui viennent purger une peine privative de liberté. C'est très difficile, pour ces personnes, de gérer ça. Certains juges sont prêts à convertir une peine et nous demandent un travail que nous nous ne sommes pas prêts à faire, par exemple un travail de contrôle. »

Les récits des usagers, leurs témoignages sur leur confrontation à la dépendance et à l'offre de prestations proposée, constitue des matériaux utiles du point de vue analytique seulement s'ils permettent de passer du témoignage individuels à des reconstitutions ayant un certain niveau de généralité. Au cours de nos entretiens, nous avons pu reconstituer certaines trajectoires récurrentes dont nous évoquons ici les principales catégorisations.

4.2.2. Trajectoires de vie : différenciations et récurrences d'un mode de vie

Durant nos entretiens, nos interlocuteurs ont été invités à raconter leurs expériences au sein des dispositifs de traitement en les organisant et en les structurant comme ils le souhaitaient. Cependant, nous avons préparé un guide d'entretien permettant de traiter ces matériaux à partir des différents axes en relation avec ce que nous avons appelé précédemment l'indice de gravité de la toxicomanie. Comme nous l'avons déjà souligné, ces axes ont été proposés essentiellement dans le but d'installer une dynamique de conversation sur les différents domaines d'existence des individus. L'objectif était de nous immerger dans le monde subjectif de la personne, de manière à saisir les facteurs fragilisant ou protecteurs ayant ponctué leurs chemins de vie avant, pendant et après le ou les séjour(s) résidentiels.

Le matériau empirique obtenu au cours de ces entretiens individuels nous a permis de tracer les trajectoires des ex-résidents constituant notre population d'enquête au niveau des axes retenus, en amont, durant et en aval de son séjour en établissement résidentiel et d'analyser les perceptions de la population enquêtée par rapport à leur chemin au sein des dispositifs résidentiels et/ou ambulatoires, médicaux et/ou sociaux.

Les usagers dépendants à l'alcool et les usagers dépendants aux substances illégales que nous avons rencontrés se distinguent par rapport à plusieurs aspects. Les premiers sont généralement plus âgés, majoritairement de sexe féminin, le plus souvent mariés, ayant un statut socio-économique plus élevé que les seconds. Il s'agit en général d'individus qui ont toujours travaillé et qui disposent d'un bon niveau de formation. Ils sont aussi plus souvent en situation de dépendance associée aux médicaments psychotropes et au tabac.

Les individus polyconsommateurs de substances sont, quant à eux, généralement plus jeunes, plus souvent de sexe masculin, célibataires, disposant d'un statut socio-économique plus faible et d'un niveau de formation plus bas. Ils dépendent le plus souvent de l'aide sociale. On constate encore que les usagers qui sont dépendants aux drogues illégales présentent fréquemment une co-dépendance sévère à l'alcool. Pour illustrer ces différences entre les usagers dépendants à l'alcool et les polyconsommateurs, nous présentons des trajectoires de vie assez représentatives des deux cas de figure dont la caractéristique commune est l'organisation des modes de vie structurés par la recherche et la consommation d'une ou de plusieurs substances psychotropes.

4.2.2.1. Dépendance à l'alcool : vulnérabilités et ruptures existentielles

Au moment de l'entretien, M. a 66 ans, elle est célibataire et fréquente une institution ambulatoire depuis le mois de septembre 2004, soit depuis cinq ans. M. a été une sportive de haut niveau, pratiquant la compétition jusqu'à l'âge de 37 ans. Les sports qu'elle pratiquait étaient le basket-ball et l'escrime, disciplines auxquelles elle a consacré une grande partie de sa vie. Elle continue actuellement encore à pratiquer le basket-ball en tant qu'entraîneuse d'une équipe féminine. Professionnellement, M. était photographe, métier auquel elle s'est formée par apprentissage et qu'elle a exercé dans une grande entreprise, à Lausanne, jusqu'en 2003.

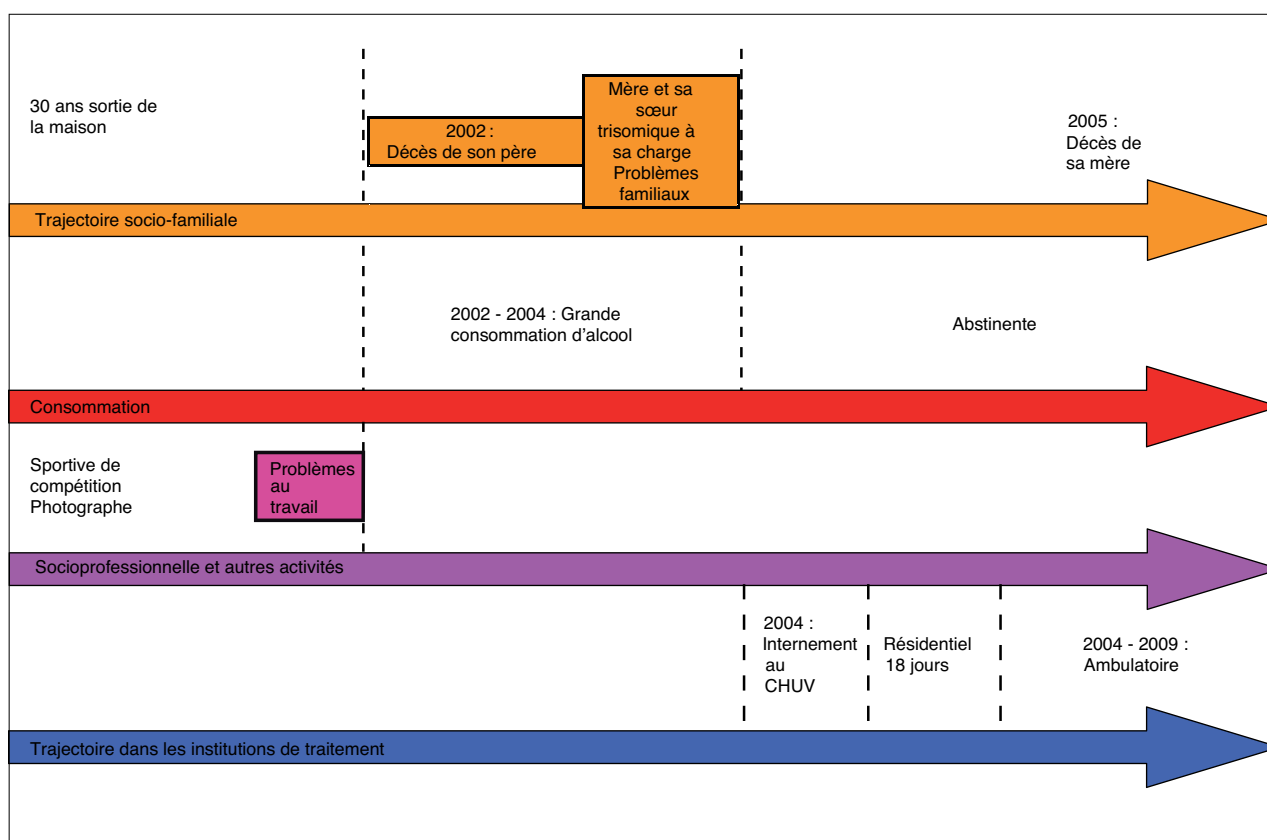


Figure 4 : M. consommatrice d'alcool, 66 ans.

M. était la deuxième enfant d'une fratrie de trois, avec des parents suisses allemands qui se sont installés dans le canton de Vaud. Elle a vécu chez ses parents jusqu'à l'âge de 30 ans. Après une dispute, elle a quitté la maison familiale et s'est trouvée un appartement, mais a toujours maintenu le contact avec ses parents.

A la question de savoir à quand remonte sa dépendance à l'alcool, M. répond que dans sa famille, l'alcool était quelque chose de banal et de présent au moment des repas familiaux. « Avec mes parents, il y avait toujours un verre à midi. En arrivant chez mes parents, pendant que je préparais à manger, il

y avait toujours un verre de vin et j'allais boire un Porto dans le salon, parce que mon papa adorait le Porto à l'apéritif ... J'étais une personne qui adorais faire la fête, boire un verre. Quand vous n'avez pas de problèmes, ça passe. Quand il y a des petits problèmes qui se greffent dessus, vous vous dites, ah tiens, c'est comme un petit calmant, alors vous prenez une petite gouttelette et puis vous vous sentez forte, vous ne tremblez plus et tout ça. »

Puis M. a connu dans sa vie des moments plus difficiles qui ont entraîné une grande consommation d'alcool pendant une année, une année et demie. Les facteurs de rupture qu'elle identifie comme déclencheurs sont, selon elle, le décès de son père, les difficultés au travail et les problèmes familiaux, M. ayant dès 2004 sa mère et sa sœur trisomique à charge : « A l'origine, c'est un petit couac qui est arrivé dans ma vie. En 2004, j'ai péché les plombs. Il y a eu différentes choses, le travail, la famille, j'ai perdu mon père en 2002 et puis voilà j'ai exagéré dans l'alcool pendant une très courte durée ... En perdant mon père, j'ai perdu mon bâton de berger, c'est au fond moi qui ai hérité de son héritage, ma maman avait quand même 94 ans, une sœur trisomique, des ennuis de famille par succession ».

Le début de la prise en charge de M. commença par une hospitalisation d'urgence pour une nuit, hospitalisation organisée grâce à son réseau d'amis : « J'ai été très bien entourée, j'ai beaucoup d'amis, je m'excuse du terme : ils m'ont donné un coup de pied où je pense et ils m'ont montée un samedi soir au CHUV, parce que j'étais alcoolisée. On m'avait déjà avertie avant, mais on dit oui, oui c'est de passage, je m'en sors et tout, et puis voilà sur une année, j'arrêtais un mois. »

Au CHUV, on lui a fait des examens et un médecin lui a dit que son état de santé était mauvais et que, si elle continuait sur la même voie, elle n'allait pas vivre longtemps. Cet événement a engagé M. à initier un traitement : « Et ça ça m'a fait l'électrochoc et voilà, j'ai eu le temps de réfléchir toute la nuit et je me suis dit, bon voilà, c'est le moment. »

A la suite de son hospitalisation, M. a pris contact avec son médecin traitant qui l'a orientée sur une institution résidentielle. Là, elle a expliqué sa situation et sa volonté d'être prise en charge, mais cette institution lui aurait répondu : « On ne peut pas tout de suite, il faut bien réfléchir » tout en lui proposant une autre institution, avec un autre type de thérapie. Après avoir insisté, M. a tout de même pu être prise en charge dans cette première institution où elle a fait un séjour de 18 jours en suivant un programme, selon elle, adapté à son addiction. Durant son séjour en résidentiel, M. déclare avoir pu s'isoler du monde et réfléchir à sa situation.

A la fin de son traitement en institution résidentielle, elle a continué son traitement en ambulatoire tout en continuant de consulter son médecin généraliste et sa psychologue. Après son traitement, sa santé s'est, selon M., améliorée : « Mon foie a très vite récupéré. La créatine quand on boit, cela se voit tout de suite, c'était une éponge on m'a dit. »

Depuis 2004, date de son traitement, M. est restée abstinente à l'alcool sans avoir jamais connu de rechutes. Elle continue à fréquenter ses amis, qu'elle qualifie de « festifs », sans consommer d'alcool : « Tous les jours, je suis confrontée à l'alcool et on me dit : tu bois un verre? Parce qu'on a des réunions sportives, il y a des apéros, à midi et tout. Je dis non, j'ai arrêté de boire. »

En analysant les différentes trajectoires, il est possible d'identifier des événements fragilisants qui conduisent à des ruptures et à la consommation abusive de substances psychoactives. Parmi les événements fragilisants présentés par les individus, il y a le décès d'une personne proche, le divorce ou la séparation conjugale ou bien la perte d'un emploi. La trajectoire de E., une consommatrice d'alcool de 64 ans illustre bien ces moments de rupture et les différents facteurs de vulnérabilité.

E. est une femme de 64 ans, mariée sans enfants, qui fréquente un service ambulatoire. Elle a exercé le métier de cambiste durant 15 ans, profession très stressante et dont l'exercice confronte beaucoup, selon elle, à l'alcool : « *J'ai beaucoup voyagé pour trouver des banques en France, à Bruxelles, partout pour inviter à manger pour la boîte, pour les gens des banques. J'étais toujours avec les directeurs, toujours dans des bons restaurants et j'avais l'alcool mondain, c'est-à-dire toujours à consommer des bons vins. Et là, durant les 15 ans de mon travail ça allait, je ne m'estimais pas du tout alcoolique, mais il y avait quand même l'alcool assez présent, parce qu'il y avait le champagne au bureau, mais toujours des bons trucs.* »

En 1987, l'entreprise dans laquelle E. travaillait a fermé et elle s'est trouvée au chômage à 47 ans. Elle a recherché du travail durant deux ans, période durant laquelle sa consommation a considérablement augmenté, au point de se transformer en addiction : « *Et puis on se voyait, je travaillais seulement avec des hommes, on allait timbrer, à l'époque c'était deux fois par semaine et on se voyait au bistrot à côté, alors c'était un kir, deux kirs, après on allait manger, boire du vin. On se pleurait sur le gilet, on ne trouvait rien. Certains ont dû partir à Lausanne. Moi, j'avais 47 ans, j'étais trop âgée parce que j'étais trop spécialisée ... Et tranquillement l'alcool est venu, mon mari travaillait encore à l'époque et j'ai commencé à consommer surtout à la maison, je n'étais pas consommatrice à l'extérieur, alors j'achetais en cachette. Et là, c'était le déni, cacher les bouteilles ; il rentrait, il voyait, ce n'était pas que je tombais, mais ça se voit, j'avais les yeux rouges, j'étais paraît-il verbalement très agressive. Je regardais l'heure quand il arrive et tu bois plus vite, tu consommes bêtement, ce n'est pas l'euphorie que tu boives un verre, là ça devenait grave là, de 1987 à 1992.* »

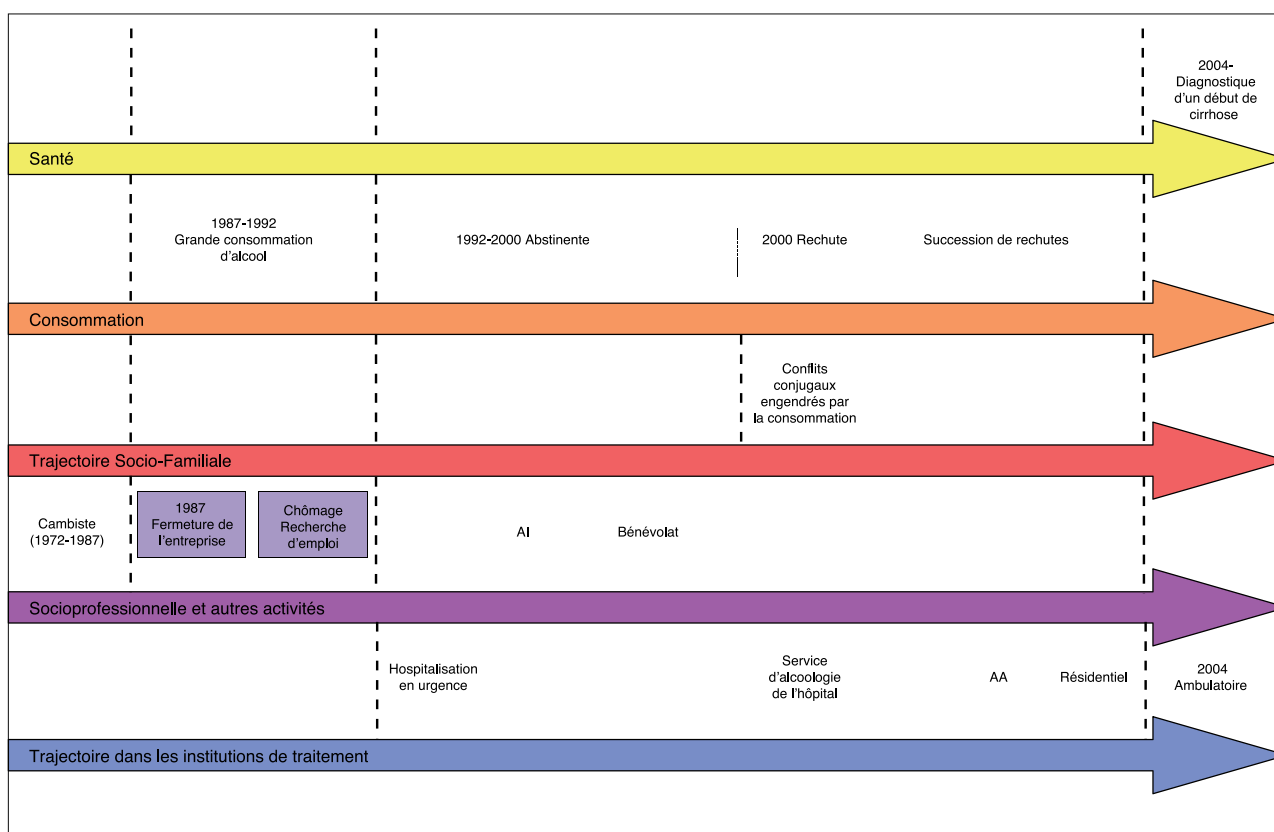


Figure 5 : E. Consommatrice d'alcool, 64 ans

C'est alors en 1992, durant les fêtes de Noël, où elle se trouvait chez sa sœur, qu'E. s'est sentie mal. Elle a eu une hémorragie et a été conduite d'urgence à l'hôpital où elle a passé une nuit aux soins intensifs en raison de problèmes à l'œsophage. Le lendemain, elle a parlé avec un médecin qui lui a dit qu'elle devait arrêter l'alcool. Elle nous raconte qu'elle a eu peur de mourir et a décidé d'arrêter de boire : « *J'ai le médecin devant moi, mon mari, ma*

sœur et mon frère, moi je ne comprenais pas, je ne savais plus ce qui s'était passé. Là, le médecin m'a dit : « Madame E., c'est fini l'alcool et puis tant pis ne cherchez plus de travail, c'est terminé ». J'ai eu tellement peur, mais peur, parce que j'étais morte, et je me suis dit que comme ça tombait le jour d'anniversaire de la mort de ma mère qui est décédée depuis longtemps, je me suis dit qu'elle a dû dire au barbu là-haut : « il faut la garder parce que ce n'est pas possible ». J'osais plus dormir couchée, j'avais peur de ne pas me réveiller et j'ai eu un dé clic. »

Cet événement a conduit E. à être abstinente du jour au lendemain, et ce pendant 8 ans. Pendant cette période, elle n'a reçu aucun accompagnement pour arrêter de boire ; *« J'ai arrêté l'alcool sans aide, sans rien et c'était fini le 27 décembre, plus d'alcool, plus d'envie, il y avait de l'alcool à la maison, je n'ai jamais touché durant 8 ans. »*

C'est à cette époque que son médecin généraliste lui a parlé de l'Al et a entamé les démarches nécessaires pour qu'elle puisse en bénéficier . *« Lui, il voulait à tout pris m'inscrire à l'Al, j'avais un travail, je pense que je me suis foutue en l'air à cause du travail, c'était très stressant. »*

E. est restée abstinente jusqu'au Nouvel An de l'année 2000 où elle a bu un verre de champagne avec son mari. A partir de cette date, elle a à nouveau consommé de l'alcool, augmentant sa consommation et la modifiant, puisqu'elle a commencé à ingérer de l'alcool fort. Cet événement a entraîné des problèmes conjugaux : *« Du whisky, de l'alcool fort, j'étais plein dedans. C'était plus les kirs, les rosés, c'était vraiment ce qui pétait »*. A partir de cette date, E. a eu une succession de rechutes et a commencé à être prise en charge par le service d'alcoologie. Par la suite, elle a suivi les Alcooliques Anonymes (AA). C'est durant une session aux AA, à laquelle elle s'est rendue alcoolisée, qu'un des membres lui a suggéré de réaliser une cure. Elle a alors réalisé un séjour de 3 semaines dans une institution résidentielle.

Après son séjour en résidentiel, une amie qui fréquentait une structure ambulatoire lui en a parlé. E. a commencé à fréquenter celle-ci à partir de 2004 jusqu'à la date de l'entretien. En 2004, on lui a diagnostiqué un début de cirrhose, qui, depuis est stabilisée. Actuellement E. est abstinente, mais dit ne rien garantir pour la suite.

Les exemples de M. et de E. mettent en évidence à la fois les éléments déclencheurs et les vulnérabilités contextuelles qui, selon les personnes interviewées, ont conduit à la dépendance, mais également à la capacité des usagers de mettre une distance entre eux-mêmes et leurs pratiques malgré l'emprise et la présence du produit dans leur quotidien. Ils montrent, et plusieurs cas récurrents viennent confirmer ce constat, que la dépendance ne peut pas toujours être considérée comme un état de maladie chronique sans issue. Enfin, ces exemples illustrent bien de quelle manière un produit, ici l'alcool, constitue la ligne biographique dominante et le cadre de référence qui structure le chemin d'une vie. Certains de ces aspects sont également présents dans le témoignage de R., un polyconsommateur de drogues bien plus jeune.

4.2.2.2. Polyconsommation : des trajectoires complexes

Si la toxicodépendance semble être souvent une affaire de jeunes, la relation qui existe entre l'âge et la consommation compulsive n'a pas été éclairée de manière convaincante. D'ailleurs, du point de vue sociologique, la jeunesse est un processus de transition entre deux âges qui n'est pas déterminée par une tranche d'âge bien spécifiée. Néanmoins, il est habituel de saisir le passage de l'adolescence à l'âge adulte par le franchissement de quelques seuils significatifs : la fin de la scolarité , l'accès à l'emploi , le départ de chez ses parents et la formation d'un couple , l'entrée dans la parentalité. De fait, l'âge est une catégorisation simplificatrice, même si le décalage entre le mode de vie toxicodépendant et la conventionnalité semble être ressenti plus fortement à mesure que le temps, les changements de rôles et les pressions normatives se posent à l'individu. En revanche, des explications multiples de la dépendance ont été avancées renvoyant à des facteurs fragi-

lisants récurrents : difficultés familiales, échec scolaire, troubles du développement, difficultés d'insertion sociale et professionnelle, etc. Nos enquêtes mettent bien en évidence ces récurrences, mais aussi les rôles des institutions résidentielles dans les trajectoires des individus.

R. est un jeune homme de 31 ans qui a commencé à consommer de l'alcool et du cannabis à l'âge de 17 ans. D'origine française, il a effectué un apprentissage en maçonnerie, métier qu'il a exercé durant 4 ans sur différentes périodes. Il est arrivé en Suisse en 1999, à l'âge de 21 ans pour rejoindre sa femme. R. s'est séparé de sa famille avec qui il avait des liens affectifs très forts. Au moment de l'entretien, il est divorcé et a deux enfants qu'il ne voit pas, ne pouvant maintenir qu'un contact par téléphone, le tribunal tutélaire ayant considéré qu'il n'était pas apte à voir ses enfants. Ayant entrepris un traitement, il attend que le tribunal tutélaire mandate une tutrice pour qu'il puisse rencontrer ses enfants dans un lieu protégé. Au moment de l'entretien, R. était en séjour depuis 4 mois dans une institution résidentielle. C'est la troisième fois depuis avril 2008. : « *Avant d'arriver en thérapie, j'avais fait 6 mois de prison, ensuite j'ai fait un mois [de prison], quand je suis sorti, j'ai fait une semaine en institution, ensuite j'ai arrêté et j'ai refait un mois en prison, la justice m'a proposé de retourner en institution. La fin de l'année passée, j'ai re-arrêté. J'ai re-arrêté, parce que ça n'allait vraiment pas, je n'étais pas vraiment investi dans la thérapie et j'ai refait 6 mois.* »

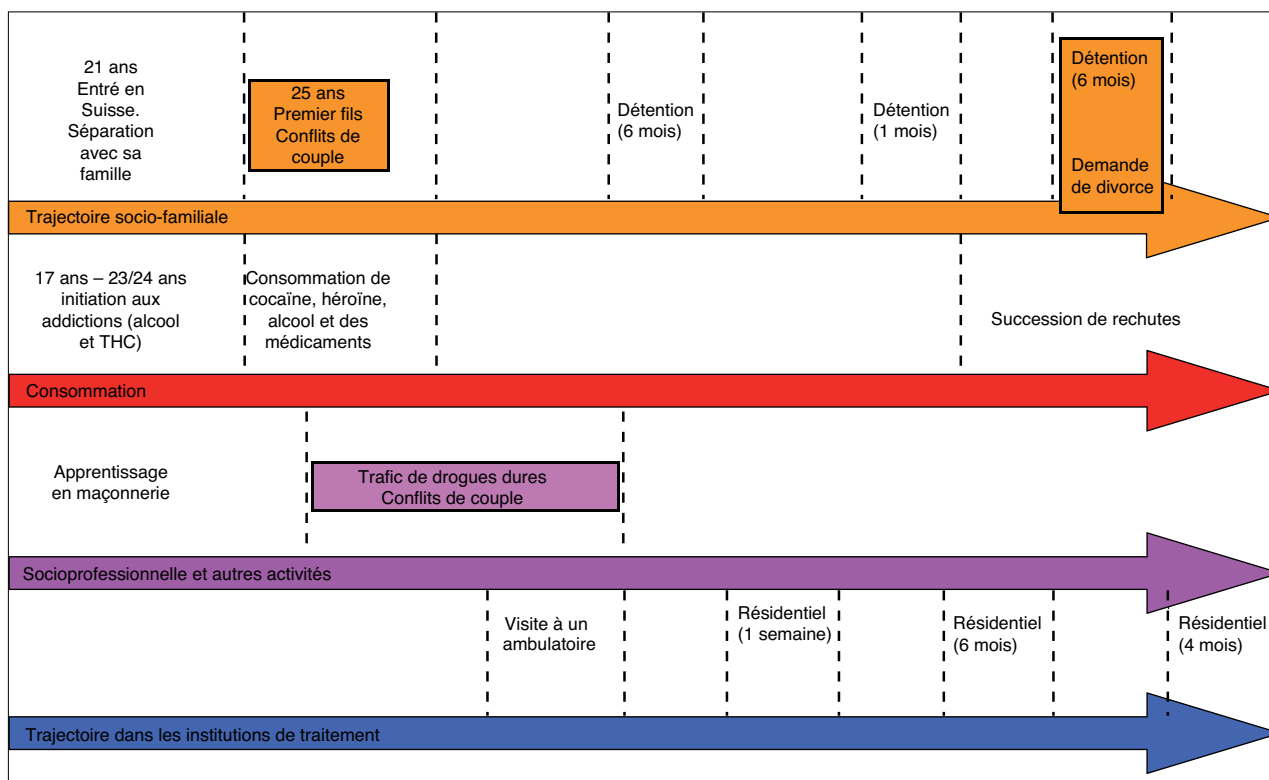


Figure 6 : R. polyconsommateur de drogues, 31 ans.

De 17 ans jusqu'à 23/24 ans, R. consomme de l'alcool et du cannabis mais, il estime, à ce moment-là, que sa consommation est occasionnelle et liée aux moments festifs. A 25 ans, il devient père pour la première fois. Cet événement engendre beaucoup de conflits conjugaux, et il considère qu'il n'était pas prêt à être père. Durant ce temps, R. s'est initié à la cocaïne et à l'héroïne, substances qu'il s'est mis à consommer quotidiennement et auxquelles il a ajouté de l'alcool mélangé à un antidépresseur : « *A 25 ans j'ai commencé la cocaïne, j'ai glissé sur l'héroïne, ensuite j'étais devenu polytoxicomane, quoi... Le problème c'était que je commençais par la cocaïne ensuite par rapport à la cocaïne, il fallait la descente. C'était accompagné en même temps avec de l'alcool et il y avait la cigarette aussi,*

ça augmente la dose de nicotine, et pour la descente de la cocaïne pour ne pas trop souffrir, il fallait de l'héroïne. »

Pour assurer sa consommation, R. a fait du trafic de drogues et par la suite s'est mis à voler, à faire du racket et à pratiquer l'escroquerie. Ces actes ont été la cause de conflits au sein du couple et l'ont, par la suite, amené en détention. Une sorte d'engrenage constaté à plusieurs reprises au cours de nos entretiens avec d'autres polyconsommateurs : *« Alors par la suite, il y a eu un engrenage, j'ai commencé à faire du business d'héroïne pour pouvoir acheter de la cocaïne et j'essayais de gérer en même temps pour garder une portion pour moi et pour pouvoir racheter le lendemain, quoi ... Après, il fallait aussi trouver d'autres solutions pour trouver de l'argent : c'était le vol, le racket, le vol aussi auprès des grands dealers, l'escroquerie ».*

R. a fait trois peines de prison, la plus longue d'une durée de 6 mois. En analysant sa trajectoire, on constate que les peines auxquelles il a été confronté s'intercalent entre les entrées et les sorties d'un séjour résidentiel.

Sa trajectoire en institution de traitement a commencé avec une visite dans un service ambulatoire où il lui a été suggéré un traitement de substitution à la méthadone pour parvenir à mieux gérer son problème de dépendance. Le suivi ambulatoire n'a pas convenu R. qui exprime la nécessité d'être encadré et de pouvoir prendre du recul de façon plus radicale face aux substances : *« On m'avait proposé un ambulatoire avant, alors j'étais allé me renseigner, parce que moi je voulais prendre de la méthadone, mais voilà j'ai été au premier rendez-vous, mais après je ne suis plus allé. Quand j'y suis allé, je consommais, mais je n'avais pas de manque, ils me demandaient de revenir en manque. J'étais en contact avec le produit au quotidien, donc je ne pouvais pas revenir en manque comme ça, il n'y avait pas une protection, un cadre. »*

La première admission de R. en résidentiel se fit à sa propre initiative. Il avait été conseillé par le service de probation et d'insertion après une détention de 6 mois. Il est resté une semaine en résidentiel, durée après laquelle il a interrompu le séjour en résidentiel : *« C'était le service de probation et d'insertion qui m'a parlé de ça, j'étais sorti, j'étais en liberté totale, par la suite, j'ai été suivi pour l'insertion, et eux ils m'ont conseillé, pour avoir une bonne insertion, d'aller suivre un traitement ... On m'avait conseillé ça et donc j'étais venu volontairement et ensuite bon je n'ai pas ... je me disais que ça ne me servait à rien du tout, donc je suis parti au bout d'une semaine. »*

R. explique qu'au moment d'entrer en résidentiel pour son premier séjour, il n'avait pas conscience de son problème d'addiction et des conséquences qu'il entraînait. Ce premier séjour lui a permis de mesurer l'ampleur de sa dépendance : *« Moi j'avais du mal parce que je ne me considérais pas comme un toxicomane, je me disais je suis un consommateur, consommateur comme beaucoup de citoyens le sont et que ... et que ça va, je gère, ça se voyait pas, je n'étais pas marqué par ça. Ce n'est pas que j'étais renfermé ou quoi que ça soit, j'étais assez ouvert et je vivais ça assez normalement ... Bon, c'est vrai avec le recul maintenant, c'est vrai que je me dis que j'ai perdu pas mal de travail à cause de ça. »*

Le deuxième séjour de R. en résidentiel a duré un mois. Cette prise en charge résidentielle a été mise en place par le système pénal qui lui a proposé d'effectuer un traitement au lieu de continuer à accomplir sa peine : *« La deuxième fois, c'était pénal, parce que j'étais en prison et ils ont constaté que à chaque détention, j'étais sous l'emprise de produits et ils m'ont proposé ou bien la thérapie ou sinon la détention. »*

R. a accepté de suivre la thérapie qu'il a arrêtée au bout d'un mois de traitement pour cause de manque d'investissement. Il a donc purgé, fin 2008, sa troisième peine de prison de 6 mois. Durant cette dernière peine, son épouse a déposé une demande de divorce. Celui-ci a été prononcé 6 mois après la détention : *« Elle avait peur pour les enfants, pour elle et pour moi aussi, pour l'avenir ; ouais, c'est peut-être pour ça qu'il y a eu un divorce qui a été demandé, pour qu'elle se protège. »*

Après ses 6 mois de prison, R. envisage un troisième séjour en résidentiel. Il s'y trouve, au moment de l'entretien, depuis 4 mois : « *Et je me suis dit qu'en détention, je n'allais pas traiter le problème, il fallait vraiment que je traite ce problème et donc j'ai choisi la thérapie ... C'est là que je me suis rendu compte que j'étais dans un beau merdier, excusez-moi du terme, et que je ne me voyais pas finir ma vie comme ça, et bon il y a eu aussi les événements qui se sont passés, il y a eu un divorce, il y a eu ma famille aussi qui m'a remonté un peu les bretelles. Je me suis dit que c'est vrai, que si c'est pour continuer comme ça autant se mettre une balle dans la tête, parce que c'est plus une vie. Donc cette période de détention m'a vraiment, ouais ça m'a fait du bien, parce que je me suis remis en question, je me suis dit que j'avais l'occasion de pouvoir en sortir et que j'ai loupé cette chance et je me suis dit que si j'avais une autre fois l'occasion, je me donnerais toutes les possibilités, je me donnerais tous les outils nécessaires pour pouvoir m'en sortir. »*

R. a eu quelques rechutes durant les sorties du week-end. Il vise l'abstinence tout en mesurant les difficultés et l'effort nécessaire pour y parvenir. « *Je suis en train d'arriver, je le sens au fond de moi que je suis en train d'arriver à réussir ce combat, mais il risque de durer toute ma vie. »*

Le cas de C., également polyconsommateur de drogues, âgé de 50 ans montre aussi un portrait récurrent de personnes particulièrement atteintes dans leur santé, avec un long parcours de toxicodépendance, une insertion des plus précaires et avec une prévalence de comorbidités multiples. Les difficultés de vie sous l'angle sanitaire, mais aussi sociofamilial et socioprofessionnel que nous pressentons à travers la reconstitution de sa trajectoire et ce que la recherche de produits multiples induit comme nécessités et prise de risques au quotidien, les turbulences d'un parcours fait de ruptures relationnelles, fragilités émotionnelles et problèmes judiciaires témoignent, encore une fois, de la complexité de parcours de vie marqués par de nombreux retours en arrière, mais aussi par des rebonds montrant une capacité de débrouillardise permanente au quotidien.

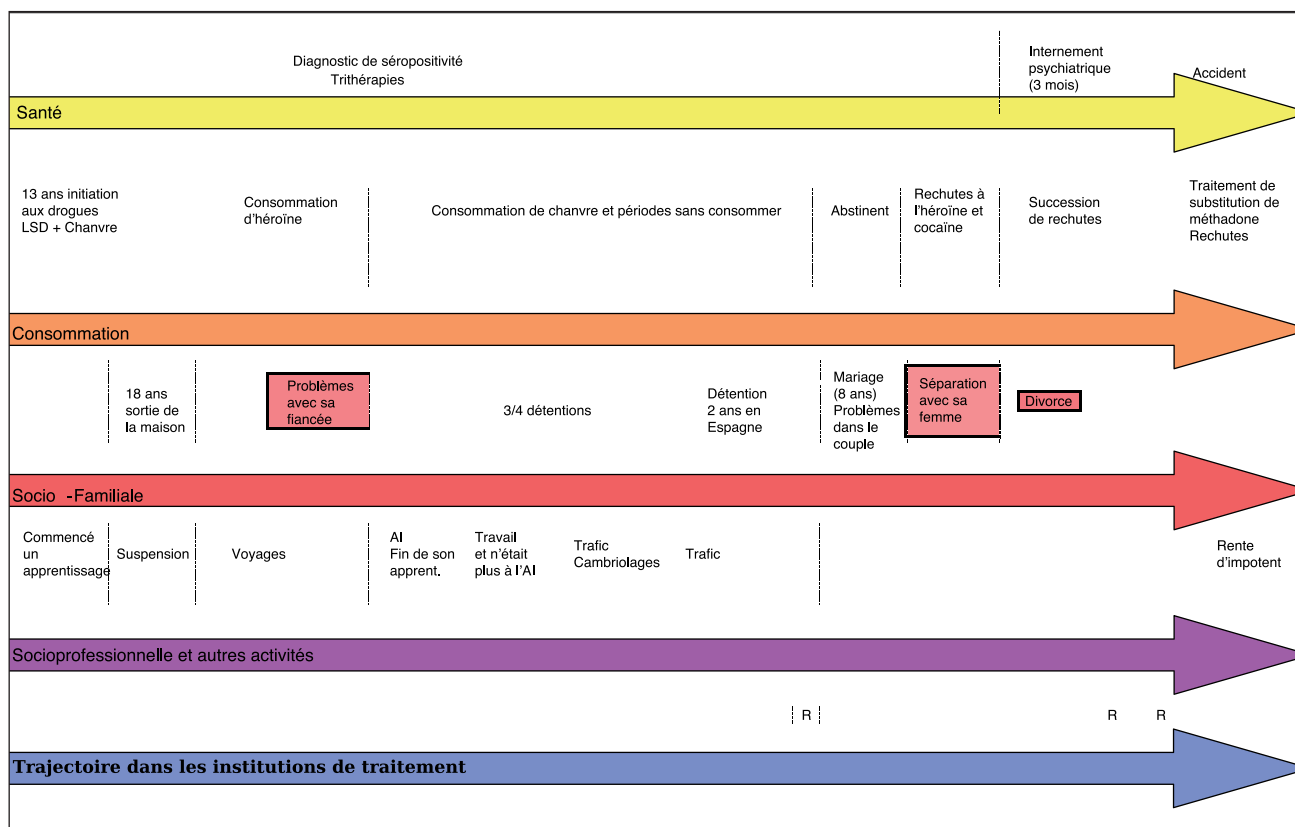


Figure 7 : C. Polyconsommateur de drogues, 50 ans

De manière plus générale, les réponses aux questions visant à évaluer l'état de santé physique et psychique de nos interlocuteurs nous montrent toutes, et ce de façon convergente, l'importance des composantes dépressives et la prégnance des anxiétés et des fragilités émotionnelles qui accompagnent les carrières toxicomanes. Une part non négligeable de nos interlocuteurs polyconsommateurs a mis aussi en évidence certaines séquelles, plus ou moins importantes, liées à leur consommation, en particulier au niveau des pertes de mémoire, avec des conséquences, pour certains d'entre eux, au niveau de leur capacité de travail. C'est ce que souligne ce témoignage d'une personne âgée de 55 ans, au bénéfice d'une mesure de type socioprofessionnelle au moment de notre interview :

« La consommation de tous ces produits psychotropes, ça m'a bousillé le cerveau. C'était du LSD, c'était des champignons, c'était de l'ecstasy, c'était des amphétamines. Tout le temps, j'ai consommé de ça. Tout le temps, toute ma vie il y a eu ces psychotropes, même dans les périodes où je ne consommait pas de coke. Il y a eu toujours ça. ... J'ai perdu mes facultés de ... la possibilité de travailler et de gagner bien ma vie. Moi, j'ai deux certificats de capacité, j'ai fait un apprentissage de mécanicien. J'ai réussi mes examens, mais je n'ai jamais travaillé dans ma branche. A 40 ans, j'ai fait mon CFC de charpentier en article 51. Aujourd'hui, j'ai 55 ans. Je suis à 50% à l'AI depuis 5 ou 6 ans et je fait un recours pour avoir le 100%. J'ai été hospitalisé, il y a 5 ans en arrière, deux ou trois fois en hôpital psychiatrique pour des dépressions. Je consommait beaucoup de benzodiazépine. J'ai été sevré, mais je me suis rendu compte que j'étais bien diminué.... Des fois je dois réfléchir, quand on me dit quelque chose, je ne me rappelle plus. J'ai des absences, c'est le résultat de dix ans de toxicomanie.... Avec la consommation de tout ce qui est psychotropes, tout ça m'a bousillé le cerveau. La concentration, j'arrive à l'avoir le matin. L'après-midi, vous pouvez oublier. Quand je m'en suis vraiment rendu compte, c'est quand j'ai commencé mes stages ici, dans mon métier, avec un expert de mon métier qui m'a suivi pendant une année et demie et qui a déterminé qu'avec un 50%, j'arriverais à 70% de mon rendement. C'est tout ce que je peux fournir sur mon métier. »

L'ensemble des témoignages met également en évidence les allers-retours fréquents et récurrents entre des structures dites résidentielles ou stationnaires médicales, des structures ambulatoires, ou encore des offres intermédiaires ou des prises en charge dites à bas seuil d'accès. Les trajectoires des usagers intègrent, de fait, des prestations relevant des secteurs résidentiel et ambulatoire de manière quasi systématique. Le recours au résidentiel est naturellement une caractéristique centrale de la population enquêtée. Les séjours dans des communautés thérapeutiques, mais aussi dans les services de cliniques, d'hôpitaux psychiatriques, etc., qui impliquent une prise en charge de jour comme de nuit ponctuent les trajectoires de vie de la population. Les individus y séjournent pour des laps de temps très variables. Ils s'y trouvent de manière volontaire ou non, parfois en situation de crise ou suite à une mesure judiciaire, mais le plus souvent de leur propre gré dans l'objectif de reprendre une plus large autonomie par un sevrage partiel ou pas, par le traitement des comorbidités dont ils souffrent et l'acquisition de nouvelles compétences ou de nouvelles ressources personnelles.

Les structures résidentielles offrent de nombreuses prestations qui viennent souvent s'articuler, dans les chemins de vie, à d'autres offres ambulatoires, des lieux d'intervention multiples ou encore des permanences qui permettent aussi d'apporter conseils et accompagnements sociaux de manière plus ponctuelle tout en visant l'affranchissement de la dépendance et l'autonomisation des individus.

4.3. Affranchissement de la dépendance et autonomie : la parole des usagers

Quitter la toxicodépendance est un processus complexe qui demande une transformation profonde des modes de vie selon des modalités qui articulent facteurs structurels, prestations thérapeutiques et sociomédicales et motivations personnelles. Mais, ainsi que le souligne H. Bergeron (2009), travailler la sortie de la toxicomanie, c'est concéder a priori une faculté cardinale au toxicomane : celle du jugement. Toutefois, selon Caiata Zufferey (2006), le caractère le plus évident des parcours d'éloignement de la pratique toxicodépendante est la diversification : autorémision, voire prise en charge ambulatoire, traitements de substitution, communautés thérapeutiques à moyen et à long terme (...) abstinence, consommation occasionnelle en passant par la stabilisation à la méthadone. Cette diversification est très présente au sein de notre échantillon.

4.3.1. Affranchissement de la dépendance : diversité des parcours et motivation au changement

Les témoignages recueillis ci-dessous, loin de rassembler l'ensemble des situations rencontrées, n'en sont pas moins représentatifs de cette pluralité des voies vers des modes de consommation contrôlée ou vers l'abstinence totale, mais où la part de l'autodéterminé apparaît très clairement chez une majorité de nos interlocuteurs :

« J'ai consommé de l'héroïne pendant de années. Je pensais ne jamais vouloir arrêter parce que je trouvais ça bon. Je me disais : mais qu'est-ce qui va pouvoir me faire arrêter ? J'ai fini par arrêter. J'ai arrêté d'avoir envie, tout simplement. Je n'avais plus envie d'héroïne. Maintenant, c'est un truc qui est passé, je n'en veux plus. Mais deux fois par année, peut-être trois, j'en ai et puis j'en prends. Mais si j'en prends une fois, je ne vais pas recommencer le lendemain. ... Des fois, je veux dire non et puis, de temps en temps, je dirai : pourquoi pas. Mais je vais la prendre d'une manière différente, je ne veux plus la shooter, je la sniffe. C'est peut-être grave pour certaines personnes, pour moi, ça ne l'est pas. Le lendemain, je n'y pense même plus. Je ne me sens même pas coupable parce que je n'ai pas envie d'en reprendre le lendemain. »

« Maintenant, dire que je serai abstinent toute ma vie, vis-à-vis de l'alcool, je suis amoureux de ça. Maintenant il faut que j'apprenne à me gérer. Ça veut dire qu'après le boulot, s'il fait beau et j'ai envie d'aller boire une bière avec des amis, il faut que je puisse me dire stop. Tu en as pris deux, maintenant tu rentres à la maison. Et puis je suis là pour ça. C'est clair qu'ici, je suis abstinent total, il n'y a pas photo, je n'ai pas droit au dérapage. »

« La consommation contrôlée, je ne veux même pas y penser, pourtant je ne peux pas m'empêcher d'y penser. Mais du moment que je me dis : tiens, je peux boire, peut-être que ça m'aiderait. Et puis, le fait que je ne sois pas obligé de ne pas boire, qu'on me laisse le choix de le faire ou de ne pas le faire, peut-être que ça m'aiderait, mais il faudrait que j'essaie. Est-ce que ça vaut la peine de prendre le risque, je ne sais pas. J'ai passé un peu ce stade de vouloir parce que c'est interdit, de le faire parce que c'est interdit. Je le fais vraiment pour moi, là. »

« Je suis à la méthadone, je n'ai plus touché de poudre depuis 1987. Il m'arrive de boire un peu d'alcool, mais seulement quand nous allons manger chez des amis et, généralement, ce n'est pas de la piquette. Bon, ce n'est pas des grands vins non plus. »

« Je ne suis plus héroïnomane, je suis « méthadomane » on va dire, je ne sais pas comment ça se dit. Et la cocaïne, j'en prends deux fois ou trois par année. C'est vraiment du plaisir maintenant. Cannabis et hachisch,

moi c'est ça mon pied, fumer des joints, c'est ça qui me sauve. »

« Pour la méthadone, je devais aller toutes les semaines voir mon référent. Et puis je n'avais aucune envie d'aller parler, on se regardait des fois pendant quarante minutes sans rien dire. C'était plus contraignant qu'autre chose. Donc, j'ai peut-être mal vécu ce moment-là. C'était presque une obligation, pas un besoin personnel. Je suis allé parce que c'était une phase logique. Je suis allé parce que c'était une utilité. Il m'a fallu quelques années pour en ressentir, je dirais, l'utilité. Ça a fait partie de mon parcours de vie, je pense qu'il m'a fallu ça. C'était une barrière pour me protéger quand-même, parce que j'ai vu des potes qui sont morts bien avant. Non, non, j'étais bien. Malgré toutes les contraintes, j'étais quand-même sécurisé. »

« Aujourd'hui que je prends de la méthadone, je ne peux plus dire que je suis toxicomane. Je suis sorti de la dépendance grâce à la méthadone, ça me permet d'avoir une vie normale, si on veut. La méthadone me permet de réfléchir à autre chose, d'avoir du temps pour autre chose, voilà, d'être un peu plus libre. Que ça me permette de ne plus perdre du temps à chercher cette dope et puis cette ... d'être occupé par ça. »

Si, pour nombre de nos interlocuteurs, l'abstinence à un ou plusieurs produits, légaux ou illégaux, constitue l'un des objectifs déterminants de leur traitement — résidentiel ou ambulatoire —, il n'en demeure pas moins, ainsi que le mettent en évidence les quelques exemples ci-dessus, qu'une part importante de notre population d'enquête tendrait à s'inscrire, tout au moins au moment de notre rencontre, dans une perspective d'abstinence partielle, de gestion contrôlée de leur consommation ou de traitement de maintenance de longue durée. Cependant, nous avons pu observer un lien très étroit entre le degré de motivation au changement et la décision d'affranchissement, temporaire ou définitif, de la dépendance :

« Si vous ne voulez pas vous soigner, ben vous ne vous soignez pas. Et puis moi, je n'avais pas envie, parce que je n'étais pas prêt. J'étais suivi, mais je manipulais tout le monde. J'étais très, très fort dans la manipulation. J'arrivais à faire croire aux gens que j'allais très bien. »

« La seule chose qui est importante pour arriver à s'en sortir, c'est d'avoir envie soi-même de s'en sortir, pas le faire pour quelqu'un ou le faire pour Pierre, Paul ou Jacques. Si j'avais un enfant, je ne le forcerais jamais, parce que je sais que c'est voué à l'échec. »

« Un toxicomane, on pourra tout lui offrir, tout lui donner. Il n'arrêtera pas tant que lui n'aura pas décidé d'arrêter, de changer. Là, il changera, mais ce n'est pas une personne, ce n'est pas les parents, ce n'est pas un docteur qui va pouvoir faire quelque chose. »

« Mon médecin de famille m'a parlé de mes problèmes d'alcool, mais il faut que ça vienne vraiment de nous, qu'on n'en puisse plus. Et à ce moment-là, on est capable d'accepter de l'aide. »

Si la motivation au changement et les sorties autodéterminées apparaissent comme des éléments importants au sein de notre échantillon de population, les questions relatives aux facteurs susceptibles de peser sur la motivation au changement ainsi que sur la décision d'un passage d'une condition de dépendance à une condition qui se caractériserait par la « normalité » ont retenu notre attention. Ces facteurs sont multiples.

4.3.2. La sortie de la dépendance : un processus multifactoriel

Nous avons ainsi pu observer, parmi les facteurs de motivation mis en évidence, que le sentiment d'avoir « touché le fond » paraît avoir été déterminant, du moins au niveau initial des processus en cours. En effet, il tend à apparaître de manière récurrente, selon des modalités d'expression qui peuvent être très diverses dans les propos de nos interlocuteurs. Il en va de même du vieillissement, de la perception du coût excessif de la pratique toxicomaniaque ou encore de la disparition du plaisir. Au-delà de ces facteurs se pose également la question des ressources dont peut disposer la population d'enquête. A cet égard, il apparaît, dans ces propos, que le capital social ou relationnel tendrait à jouer un rôle de premier plan.

4.3.2.1. Peser les coûts et les avantages, les plaisirs et les peines

Plusieurs exemples tendraient à attester, au sein de notre échantillon, une prise de décision rationnelle dans le cadre d'une évaluation cognitive en termes de coûts et de bénéfices de la poursuite de la pratique toxicomaniaque. Une personne séjournant, au moment de l'enquête, dans une institution résidentielle, nous fait part de son choix de la manière suivante : « J'ai décidé de venir ici par un ras le bol personnel de mes hauts et bas, de mes périodes de consommation et de non consommation, absolument sauvages, insupportables, qui me bouffaient toute ma vie, tout mon temps, toute mon énergie, je n'en pouvais plus, je n'en pouvais plus. Vient un moment où le plaisir de l'héroïne, le plaisir très jaloux qui est celui de l'héroïne, parce que c'est un plaisir absolument destructeur qui est jaloux parce qu'il ne prend en considération aucun autre plaisir possible imaginable. En prenant de l'héroïne d'une façon professionnelle entre guillemets, on ne peut pas avoir de famille, on ne peut pas avoir d'amis, on ne peut pas avoir de rapports normaux avec les gens, on est obligatoirement obligé de courir après la substance, toute la journée, tous les jours, à un rythme de, disons, un shoot toutes les six heures. C'est exténuant. ... Quand je suis venu ici, c'était pour que je sois plus disponible aux choses de la vie, que ce soit au niveau du travail, au niveau de la maison. La drogue, ça éloigne un peu de tout. Ça prend tellement de temps. »

Comme le souligne, Valleur (2006), le plaisir est au cœur de la pratique toxicomaniaque dans la mesure où il « occupe une place centrale dans la genèse des addictions. » Cet élément constitue toutefois, ainsi que le souligne Bergeron (2009), le « point aveugle de nombreuses recherches (...) le plus souvent occulté lorsqu'il s'agit de parler des problèmes de drogues et de toxicomanie dans l'espace public. » Certains de nos interlocuteurs ont relevé toute l'importance du plaisir lié à la consommation au sein de leurs trajectoires :

« La coke, elle intervient dans une soirée en boîte. J'essaie, et après le premier rail, je me rappelle que je me suis dit : ça, j'en prendrai toute ma vie. Ça a été vraiment, je l'ai su directement, pas de discussion, c'était juste génial, mais elle va m'échapper assez vite. »

« L'héroïne, c'était beaucoup de plaisir au début, je ne pensais pas qu'on pouvait atteindre un niveau d'extase. Ouais, c'était vraiment du plaisir qui est assez rapidement devenu ... J'étais à l'étranger, donc j'avais de l'héroïne de bonne qualité. C'est là-bas que j'ai croché. Quand je suis revenu, j'étais accro. Dans l'avion, je me suis retrouvé en manque pour la première fois. Dans l'avion, qu'est-ce qui se passe et tout ? Je suis rentré en Suisse, je pensais arrêter tout ça, mais ce n'était pas possible. »

La « jouissance toxicodépendante » peut toutefois, ainsi que l'ont souligné certaines personnes rencontrées dans le cadre de notre mandat, également s'étendre à des pratiques liées aux modalités de consommation :

« Il reste quand même toujours le plaisir lié à l'absorption du produit, sur le champ, au moment même où on le prend. L'héroïne, je l'ai toujours injectée et le moment où on injecte l'héroïne, c'est un

moment particulièrement magique qui est chargé de plaisir, etc. »

« J'ai réussi à perdre le réflexe. Le manque d'aiguille, le nombre de fois où je me suis piqué avec de l'eau et du sucre, je ne peux pas les compter. J'ai dû sevrer le coup de l'aiguille. Ce n'était même pas l'envie du produit, c'était l'envie de la pompe. Là, c'était l'aiguille, c'était le coup de piquer, c'était même pas le coup de la cuillère, de s'amuser à chauffer, c'était le principe que ça entre dans la peau. »

Le plaisir est toutefois soumis à une usure plus ou moins lente. Certains de nos interlocuteurs ont en effet invoqué cette expérience de perte du plaisir comme l'un des éléments déterminants de leur trajectoire de rémission :

« Il y a eu quelques années qui se sont écoulées. Alors disons que je n'ai plus vraiment la même relation avec le produit peut-être aussi ... je ne serais pas dans cette situation si je n'aimais pas ça. Disons que je n'ai plus de problèmes de ne pas en prendre, ça ne me pèse pas. Maintenant, je n'ai plus envie, plus du tout même. »

« Il est arrivé un moment où cette envie n'était plus là et c'est ce que je voulais. Je me disais : tant que je n'aurais pas envie d'arrêter, ça va être extrêmement difficile, et je ne crois pas qu'il y a des gens qui arrivent à arrêter, il y a des gens qui ont plus que mon âge, bien plus et ils continuent de consommer de l'héro. Moi, ça fait plusieurs années que j'ai arrêté parce que je n'ai plus de plaisir à en prendre si ce n'est deux ou trois fois par année.»

« Je ne sais pas si vous, dans votre idée, vous avez beaucoup la notion de plaisir qu'on peut avoir. Moi, c'était vraiment par plaisir. C'est clair que le plaisir, après, il disparaît parce qu'il y a tellement de contraintes, c'est pour ça qu'on veut aussi arrêter. La notion de plaisir, c'est au début, après la notion de plaisir, elle est ... elle n'est pas toujours là, c'est sûr. »

D'autres témoignages font état d'un jugement d'une pesée des peines et des plaisirs engageant une transformative normative en rupture, plus ou moins radicale, avec le passé : « Pourquoi vouloir arrêter ? C'est de se rendre compte gentiment que les voyages que j'avais prévu, que les gens, mes copains, amis, commencent à en avoir marre de me dire : écoute, il faut que tu arrêtes, ça va pas, tu es en train de changer, tu es en train de t'enfoncer. Et puis ça fait réfléchir quand même, on se dit ouais, c'est vrai, je suis en train de faire des choses que je n'aurais pas cru en arriver là. Alors ... voilà, peu à peu on se décide à dire : je veux arrêter. D'abord on dit : je veux essayer d'arrêter. Après on dit : Il faut que j'arrête. »

« C'est une envie qui est latente, qui est déjà là depuis longtemps, je dirais. Là, je suis bien content, je me suis bien stabilisé, je ne consomme plus. C'est clair que la vie avec la défonce, vous êtes pris dedans, c'est un tourbillon qui nous fait passer à côté de beaucoup de choses. Personnellement, je le savais et pour finir, ça devient pesant, on a envie de changer, quoi. »

« Mon objectif, c'était d'arrêter de consommer et de me stabiliser, c'est-à-dire que j'aie du temps pour autre chose que pour la dope. Dans le fond, pour mes centres d'intérêt, pour le boulot, etc., que ça me donne un peu de liberté. »

4.3.2.2. Vieillir

Bergeron (2009) souligne que le vieillissement peut constituer un facteur déterminant dans la mesure où l'évolution en âge des personnes dépendantes va progressivement les amener à se confronter « à des individus et à des modes de vie avec lesquels ils n'entretiennent plus guère d'affinité. » Il apparaît, en effet, qu'après 35 ans, « une grande partie des toxicomanes ne le sont plus (on estime cette proportion à 70 %). » Certains de nos interlocuteurs soulignaient, à ce propos, les transformations d'attitude opérées à travers les temps longs de la vie et qui permettent à la personne de prendre position face aux alternatives qui se proposent et de se réinscrire dans les limites de la société ordinaire :

« J'ai eu envie de faire quelque chose pour moi, j'arrivais sur mes trente ans, c'est un cap. Si je voulais m'en sortir et tout, ben c'était le seul moyen de stopper la machine. »

« Je ne sais pas si c'est l'âge, peut-être. C'est une envie, quoi, une envie d'être plus disponible, de passer à autre chose. »

« Et puis après, c'est connerie sur connerie avec la justice et la prison. Se retrouver en prison, c'est là que j'ai pris conscience. Un matin, je me suis réveillé et j'ai pris conscience que j'avais bientôt trente ans. Et je n'arrivais pas à y croire, parce que je n'avais rien vu passer depuis mes vingt ans. C'est là que je me suis dit que soit j'essaie de faire quelque chose maintenant, soit je continue jusqu'au bout et c'est une overdose et puis la mort. »

Comme le souligne aussi Caïata Zufferey (2006), le vieillissement peut favoriser, au sein des trajectoires individuelles, des changements de perspectives importants, en termes de reconnaissance « de fondements existentiels ordinaires parce que ceux-ci semblent correspondre mieux que les codes toxicodépendants à leur âge biologique et social. » Ce faisant, il y a adoption d'un ordre normatif et de son système de valeurs qui, jusque-là, pouvait faire l'objet de différentes formes de rejet. A cet égard, le témoignage de certains de nos interlocuteurs sont très explicites :

« Consommer de l'alcool et prendre des médicaments, ça aide à faire penser à autre chose, à oublier ou à se sentir mieux. En prenant ces trucs-là, paf, on se moque du reste, la vie est pépère. On ne va pas s'ennuyer, on a sniffé nos Dormicums, on boit nos bières à un franc. Qu'est-ce que ça coûte ? Ce n'est pas grand chose. Et puis on tape quelques clopes à gauche et à droite ou bien on en a, on se les roule et on ne cherche pas plus loin. Et puis de temps en temps : mince, qu'est-ce que je fais, c'est quoi cette vie que je mène ? Ah, alors on reprend un médicament pour oublier ça. Mais maintenant voilà, cette vie-là, je veux la vivre et je veux la vivre à ma manière, même s'il faut payer des impôts, même s'il faut que je rembourse ceci ou cela. Je m'en moque. Maintenant, j'ai vraiment envie de changer, quitte à ce que je sois comme Monsieur Tout le Monde. Je m'en tape, je n'ai plus envie de vivre en marge de la société, bien que je puisse vivre en marge, mais sans me défoncer aussi, mais il faut aussi faire partie voilà, de la société et puis payer mes impôts pour faire un peu Monsieur, Madame Tout le Monde. Maintenant, je me sens prêt à ça. »

« J'ai quand même envie de fonder une famille un jour, d'avoir un boulot, de ne plus avoir besoin d'aller chercher cette méthadone tous les jours. »

« Je compte bien partir à l'étranger avec ma femme future ou avoir une famille ici, je ne sais pas encore. Bon, il faudrait que je me dépêche. Mais il faut surtout que je m'en sorte avant de voir ça sérieusement. »

Ces propos paraissent illustrer le processus de réorganisation du mode de vie autour de règles d'actions propres à de nouvelles activités sociales et la reconstruction identitaire autour de nouveaux aspects de l'existence au sein duquel vont s'inscrire les trajectoires d'affranchissement d'une dépendance et de réintégration dans des mondes sociaux ordinaires.

4.3.2.3. Le capital social comme ressource : le rôle majeur du lien familial

La plupart de nos interlocuteurs ont souligné l'importance du soutien de leur famille au cours de leur trajectoire de consommation et de dépendance, que ce soit en termes d'interventions ponctuelles ou en termes de prévention dans la mesure où, d'une part, le maintien des liens familiaux sont de nature, selon les circonstances, à permettre au sujet de ne pas s'impliquer tout entier dans la sous-culture de la drogue et où, d'autre part, ces liens peuvent peser sur certains types de comportements de consommation, notamment en regard de la réduction des risques :

« J'ai toujours eu mon fils derrière, il était déjà là. Donc, c'est vrai qu'on réfléchit autrement. Je me suis toujours protégée. J'ai passé des nuits en manque parce que je n'avais pas de seringue et que j'attendais que la pharmacie ouvre pour aller m'acheter une boîte « Flash » et faire mon truc. »

« Mes parents sont venus me chercher. Ils m'ont dit que j'avais deux solutions : soit tu restes dans ta mouise, soit on t'aide, mais tu reviens à la maison. Ils m'ont proposé d'éponger mes dettes, de me trouver du boulot. Je devais donner mon salaire et ils me donnaient 100 francs par semaine pour vivre. Je suis resté pendant deux ans chez mes parents. Plus de coke, juste du shit. J'ai bossé pendant une année et demie. Je me sentais bien chez mes parents, j'étais rassuré, ça allait bien. »

« Je suis partie de la maison quand j'avais 17 ans, mais quand j'ai été vraiment dans la mouise, je suis retournée chez mes parents. On a discuté beaucoup avec ma maman, mais elle n'a jamais été mon éducateur ou mon geôlier. C'est eux qui m'ont amené ici, le jour de mes 20 ans, pour que je puisse recevoir un traitement à la méthadone. »

« J'ai essayé de préserver ma mère parce que, malgré tout, c'était la honte, vous pensez bien. Donc, d'avoir ces valeurs, ça m'a permis de me dire non, là ça ne va pas, ça tu ne dois pas dépasser. Si je suis sortie de ça et de ce milieu, c'est beaucoup pour ma mère. On était très fusionnelles et j'ai toujours su que je lui faisais du mal et ça, je m'en suis beaucoup culpabilisée. »

Le capital social tend également à se manifester en termes d'acquis liés à l'éducation et aux expériences positives réalisées dans le contexte de la vie familiale au cours de l'enfance et de l'adolescence :

« J'ai eu des parents normaux, ils ne s'engueulaient pas à la maison, enfin ni plus, ni moins. Donc j'ai quand même constaté que quand on a des bonnes bases, on va pouvoir se raccrocher à quelque chose. J'en ai discuté avec des gens qui ont aussi arrêté et on en est arrivé à cette conclusion que d'avoir eu de bonnes bases et un bon équilibre dans l'enfance, ça nous a aidé à nous raccrocher à quelque chose, de se dire qu'il y a mieux que la toxicomanie. Les autres dont je vous parlais avant, ils n'avaient pas de repère pour savoir à quoi se raccrocher. »

Pour nos interlocuteurs, ainsi que nous avons pu l'observer, la capacité de disposer de ressources familiales tout au long de leur trajectoire de dépendance va toutefois dépendre de leur capacité de pérenniser ce capital. Certaines situations de cohabitation de même que

certains comportements tels qu'escroqueries ou vols peuvent, selon les cas, péjorer plus ou moins gravement et plus ou moins durablement ce type de ressources :

« Qu'est-ce que j'ai piqué de l'argent à ma mère ! J'allais taper dans sa bourse, j'ai vendu ses bijoux. Par chance, elle ne m'a pas fichu dehors, mais elle n'avait plus confiance, tout était sous clé. Si elle m'avait mise dehors à ce moment-là, je pense que j'aurais très mal fini. »

« Ma sœur, elle ne voulait plus rien savoir de moi. Quand j'ai repris un appartement, je lui ai demandé de m'avancer la caution et de se porter garante pour l'appartement parce que sans elle c'était impossible. A ce moment-là, je savais déjà que je devais faire vingt jours de prison pour des amendes de bus et que je perdrais l'appartement. Je savais aussi que j'étais de nouveau retombé dans la coke, je la fumais alors qu'avant je la sniffais seulement. Au final, je peux vous dire que ça a coûté un maximum à ma sœur. »

Certains de nos interlocuteurs ne sont pas parvenus à pérenniser ces liens. C'est ainsi que, lors de leur entrée au sein des dispositifs de traitement – ambulatoire ou résidentiel –, les relations avec leur famille étaient profondément affectées, si ce n'est totalement rompues :

« Avec la dépendance, j'ai perdu l'emploi, j'ai perdu les relations familiales. »

« Je faisais vingt jours de prison. Là, j'ai pris la décision de faire une cure. Je n'avais pas le choix, je faisais 56 kilos, je n'avais plus rien qui m'attachait à la vie. J'étais ... comment expliquer ça ? Mes parents, je ne les voyais plus. Ma sœur, on n'en parle même pas, elle ne voulait plus rien savoir de moi. J'étais à deux doigts de ... carrément me tirer une balle. Ça a été un déclic : soit je continue et je crève, soit je m'en sors et je vis. Là, c'était même pas arrêter spécialement le produit, c'était un tout, il fallait que je change de vie. C'était soit ça, soit j'y passais. »

De même, ainsi que le relève l'exemple de l'une de nos interlocutrices, la famille peut également être amenée à peser de manière négative sur les processus en cours :

« Mon mari, il m'a dit, après ma première cure, que si je rechutais, il demandait le divorce. J'avais toujours cette épée de Damoclès sur la tête. Il a très mal compris la maladie. Pour lui, ce n'était pas une maladie mais un vice. Je n'arrivais pas à lui faire comprendre que, vu les traumatismes que j'avais vécus, l'alcool ça m'aidait à supporter, à survivre à ça. On lui a proposé de venir à l'hôpital, mais ça ne l'a pas convaincu et il est ressorti avec les mêmes idées. Et même une des infirmières de l'hôpital lui a dit : Vous vous rendez compte de l'épée de Damoclès que vous mettez sur Madame ? Vous ne vous rendez pas compte de la pression que vous mettez sur Madame. »

Dans certaines de ces situations, la question de ces relations familiales a été très rapidement au cœur de leur prise en charge, tant en ambulatoire qu'en résidentiel, l'objectif étant un travail de reliaison avec la famille, selon diverses modalités. D'une manière générale, nos interlocuteurs soulignent l'importance d'une telle démarche et les bénéfices y relatifs :

« C'était des entretiens ... Longtemps, j'ai pensé que ça ne valait pas grand-chose parce que je n'étais pas trop preneur. Mais avec le recul, je vois qu'il y a des choses qui se sont quand même passées. Ça a été une reprise de contact avec la famille, ça a été un soulagement pour eux de savoir qu'il y a quelque chose qui était entrepris en ambulatoire. »

« Mes parents sont venus ici cinq ou six fois pour faire des entretiens et tra-

vallier sur les problèmes que j'ai avec mon père et avec ma mère et puis nous avons aussi pu discuter comment ils voyaient ma toxicomanie et tout ça. J'ai aussi pu leur expliquer ce que je faisais dans cette institution. Maintenant, mes parents, ils sont comme des potes. Nous arrivons à avoir une discussion et je prends beaucoup plus de ce qu'ils me disent, parce qu'avant j'étais dans le refus total. Ici, j'ai fait tout un travail de prise de conscience. Nous pouvons même avoir des discussions sur des trucs qui se sont passés pendant mon enfance. J'arrive à en parler maintenant sans l'appréhension de ces grosses engueulées qu'on avait avant. »

Dans un cas, toutefois, notre interlocuteur nous a fait part de son refus de toute intervention au niveau de ses relations avec sa mère, menaçant de rompre son traitement en cas de non respect de cette décision. Ainsi qu'il le souligne, cette demande a été respectée par les responsables de la structure résidentielle au sein de laquelle nous l'avons rencontré. Cet exemple tendrait à mettre en évidence le caractère ressenti parfois comme intrusif de certaines démarches :

« La relation que j'ai avec mon entourage proche ne regarde que moi, je ne la partage pas ici parce qu'il n'y en a pas besoin. Je n'ai pas besoin, comme j'ai été dans d'autres centres non plus, on m'a posé la question. Non, ça c'est quelque chose entre moi et ma famille. Là ils insistent, mais je leur ai bien dit que je ne reviendrais pas sur ma décision, j'ai dit que s'ils faisaient par-dessus quelque chose, je partirais d'ici immédiatement. Je ne veux pas qu'ils fassent derrière mon dos quoi que ce soit. Ils m'ont assuré que jamais ils ne feront ce genre de chose et je les crois et j'espère que jamais ils ne feront quoi que ce soit. Je sais que moi, je n'ai pas envie, c'est des choses que je ne veux pas partager, pour des raisons que je ne veux pas vous donner ... là. Je ne veux pas partager la vie que j'ai ici avec ma mère, en l'occurrence, parce que c'est la personne peut-être la plus proche avec ... je n'ai plus de copine maintenant... »

Au-delà du lien familial, le réseau social hérité des personnes dépendantes est susceptible de peser, selon les cas, sur les processus d'affranchissement. C'est ainsi que parmi les stratégies mises en place, l'éloignement du segment des relations sociales articulé autour de la consommation et de la dépendance, tend à constituer un objectif pour une part importante de notre échantillon :

« J'ai fait une visite ici. Ça me plaisait parce que c'était vraiment en dehors. J'ai été dans une institution en plein centre ville, ... c'était trop facile. Je ne voyais pas trop l'utilité d'être là-bas si, tous les soirs, je pouvais aller m'acheter des médicaments ou je ne sais quoi. Donc, de m'éloigner de la ville, de m'éloigner des lieux où je connais des gens, où il est trop facile d'acheter. Donc, d'être perdu ou au fond du Valais ou ici. »

Les personnes dépendantes, ainsi que le relèvent différentes études, ne vivent pas dans un vide social, retirées dans un monde d'irréalité. De fait, elles sont obligées de nouer des relations sociales stables avec autrui et de mettre en place des activités organisées afin d'entretenir leurs pratiques. A cet égard, Bergeron (2009) note, en particulier, que « le groupe social dans lequel est inséré l'individu, la force des interactions qui s'y nouent et les valeurs que sa culture particulière promeut (avec son système de sanctions et de rétributions) sont centraux dans les processus qui mènent à l'addiction, tout comme ceux qui permettent d'en sortir. »

4.4. Qualité de vie et prise en charge par les dispositifs : un constat positif sur la situation des usagers

Actuellement, l'offre en matière de prise en charge de personnes qui consomment des substances psychoactives en Suisse dispose d'une palette de choix diversifiée et stratifiée, autant au niveau de l'orientation de la prise en charge, qu'à celui de la durée ou encore de l'intensité des prestations. Dans le cadre de cette diversité des prestations surgit la nécessité de répondre aux besoins spécifiques des personnes qui recourent aux services des institutions de traitement de dépendances et d'orienter la prise en charge en fonction des groupes-cibles selon les ressources individuelles plutôt qu'en fonction du type de produit consommé. Pour ce faire, il est primordial de pouvoir disposer d'instruments d'évaluation qui permettent aux institutions de traitement de la dépendance de parvenir, d'abord, à identifier les besoins des usagers accueillis afin de pouvoir, ensuite, adapter au mieux le traitement à leur situation.

L'élaboration d'un tel instrument a suscité l'intérêt d'un groupe de chercheurs américains, dirigé par McLellan, qui a mis au point, dans les années 80, un outil original intitulé l'*Addiction Severity Index* (ASI). Une décennie plus tard, une autre équipe de chercheurs québécois du RISQ (*Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec*), dirigée par Jacques Bergeron, a réalisé une adaptation validée de l'ASI à la population québécoise, l'IGT.

L'IGT est un instrument semi-structuré d'environ 190 questions dont le but est l'évaluation de la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et des problèmes associés. Grâce à une évaluation bio-psycho-sociale de l'individu, cet outil permet également l'orientation de l'individu vers un traitement adéquat. Cet instrument qui est également à vocation de recherche comporte sept échelles/axes qui représentent les problèmes les plus fréquemment observés chez les personnes toxicomanes: (1) alcool, (2) drogues, (3) état de santé physique, (4) relations familiales et interpersonnelles, (5) état psychologique, (6) emplois et ressources et (7) situation judiciaire (Bergeron, Landry, Brochu & Guyon, 1998).

Pour la réalisation de l'analyse des entretiens que nous avons réalisés, dans le cadre de cette recherche, auprès des usagers, nous nous sommes inspirés des axes de l'IGT sans toutefois l'utiliser en tant que tel et de manière systématique, notamment en termes de quantification des observations. L'outil a été mobilisé à un grand niveau de généralité. Il s'agissait de s'en inspirer afin de structurer le guide d'entretien de manière cohérente, le but de la recherche étant de faire émerger des informations significatives du point de vue des usagers selon une logique essentiellement abductive et itérative. Ce faisant, nous avons modifié l'outil en diminuant le nombre d'axes utilisés, à savoir cinq au lieu de sept. Pour cela, nous avons fusionné les axes de la consommation d'alcool et de la consommation de drogues — dans la mesure où la distinction entre type de produits absorbés ne constitue pas un aspect à traiter en tant que tel dans notre étude, notre interrogation se portant sur la consommation abusive, toutes substances confondues —, ainsi que ceux de la santé physique et de l'état psychologique.

Notre enquête s'est ainsi appuyée sur cinq domaines d'analyse: (1) consommation (alcool, drogues), (2) santé (physique et psychologique), (3) situation socio-familiale, (4) ressources et emploi et (5) situation pénale et judiciaire. Cependant, le recours à ces axes en tant qu'instrument d'enquête nous a permis, d'une part, d'avoir une représentation multidimensionnelle de la toxicomanie des usagers et, d'autre part, d'évaluer les effets perçus par les usagers de la prise en charge dans les différents domaines qui affectent la qualité de vie des usagers. De manière générale, les résultats de l'analyse qualitative des entretiens montrent que la majorité des usagers interviewés estiment que les différentes prises en charge dont ils ont bénéficié ont amélioré leur qualité de vie et ce, sur les cinq axes d'évaluation considérés.

4.4.1. Consommation : une diminution globale de la consommation

La consommation de substances psychotropes est aujourd'hui pensée en termes de continuum, allant de l'état de non consommation, puis de consommation occasionnelle ou peu problématique, de consommation à risque, pour aboutir à la consommation problématique et à la dépendance. Nous avons observé tous ces cas de figure. Cependant, les usagers interrogés sont le plus souvent polytoxicomanes. Ce dernier cas de figure est beaucoup plus observable chez les personnes dépendantes à des drogues illégales, puisque la totalité d'entre elles disent consommer plusieurs substances, y compris de l'alcool. Le recours à une perspective de longue durée nous a permis d'aborder les trajectoires individuelles de la population d'enquête dès ses premières expériences de consommation de produits légaux et illégaux. Nous avons ainsi pu observer des trajectoires qui se caractérisent par une alternance d'épisodes d'éloignement, voire de sortie de la dépendance et d'épisodes de reconsommation, parfois selon de nouvelles formes d'addiction, ainsi par exemple la substitution de l'alcool à l'héroïne :

« Je buvais quelques verres, mais vraiment sans plus, festifs, le weekend. Je me suis mariée, j'ai eu mon fils, j'ai divorcé et puis là, je suis tombée dans la drogue. Trop de problèmes, trop de trucs, enfin voilà, des mauvaises fréquentations. J'ai commencé l'héroïne par la fumer et j'ai fini à la seringue. J'ai arrêté l'héroïne quand j'avais 30, 31 ans, c'était il y a dix ans. J'ai été sous traitement à la méthadone pendant pratiquement une année et j'ai décroché. L'alcool est venu progressivement, j'étais sommelière. A la fin, je ne travaillais que le soir, dans un bar où c'était la fête tous les soirs. »

« Je suis restée trois ans abstinente, plus d'alcool. Après, entre 2006 et 2007, ça a été péclotant. Et puis, après 2007, ça a été la catastrophe. En février 2007, je n'avais plus envie de rien. Pendant trois ans d'abstinence, j'ai sorti mon fils de la dépendance du cannabis. Ça a été une transformation, mais grâce à mes trois ans d'abstinence. »

« La plupart des gens que je connais et qui ont été toxicomanes avant sont devenus alcooliques. On compense quelque part par autre chose. »

Dans un certain nombre de cas, nous avons pu observer une évolution des produits au gré de leur découverte, l'un se substituant parfois à l'autre :

« Bon, l'alcool, j'ai commencé le blanc à 14 ans. J'ai pris des bitures pas croyables et tout. Dès que j'ai connu le shit, j'ai arrêté de boire. J'ai arrêté complètement de boire de l'alcool pendant pratiquement dix ans. Les dix premières années de ma consommation, je n'ai pratiquement pas bu d'alcool. Et après j'ai repris, mais des consommations tout à fait ... je n'ai jamais été le gars qui boit ses quinze bières par jour. »

« J'ai fumé pendant quelques années du hasch tout en buvant. J'ai arrêté quand j'ai consommé l'héroïne parce que ça ne me convenait plus. Je pensais que, pendant une bonne partie de ma vie je fumerais des joints en buvant un peu et que ça me suffirait. J'ai toujours eu envie de goûter à tout. J'ai toujours eu envie, déjà assez jeune, ado, de goûter à tout. Donc j'ai goûté à bien des substances, mais il n'y a qu'à l'héroïne que j'ai vraiment crochée. »

« Vers les dernières années, c'était surtout de l'héroïne. J'ai eu pris des ecstasy, de la coke, enfin un peu de tout, mais vraiment ma problématique, c'était l'héroïne. J'ai pris de la coke, mais sans y penser, juste pour l'effet de cette adrénaline, de cette puissance ... Moi, j'aime être bien calme, zen. C'est pour ça que je pense que j'ai choisi l'héro, entre autres. »

« J'ai connu le cannabis, ça a complètement changé ma vision de la vie. C'était festif, tout cela. J'ai goûté la morphine, on me l'a shooté — j'ai dit à la personne qu'on me l'avait déjà fait et ce n'était pas vrai — et après j'ai continué. Je faisais cela le weekend ou de temps en temps pendant la semaine, mais c'était festif, c'était pas pour me détruire. Tout cela, c'était pour planer, c'était pour chercher d'autres trucs. J'ai testé toutes les drogues inimaginables... »

D'autres formes de polyconsommation peuvent également être mises en évidence au sein de la population d'enquête. C'est ainsi que certains de nos interlocuteurs vont s'inscrire simultanément, selon diverses modalités, dans des situations de dépendance à deux ou plusieurs produits, voire à pas de produits dans le cadre d'une addiction au jeu.

De manière générale, les produits les plus absorbés par les usagers interrogés sont l'héroïne suivie de la cocaïne, produits qui sont souvent accompagnés de la consommation de cannabis, d'alcool, d'amphétamines, de substances hallucinogènes et de tabac. A leur arrivée dans les institutions résidentielles, la majorité des personnes interrogées sont consommatrices de substances psychotropes depuis déjà de nombreuses années (plus de 10 ans), une partie non négligeable ayant débuté leur consommation avant 18 ans.

La majorité des usagers expliquent que la prise en charge effectuée dans une structure résidentielle et/ou ambulatoire a fortement amélioré leur problème de dépendance en leur permettant, pour certains, de réduire considérablement leur consommation, pour d'autres, de la gérer au détour de consommations occasionnelles, d'une moins forte polyconsommation ou de l'arrêter. La plupart d'entre eux relèvent que la mise à distance physique avec le ou les produits consommés avant leur admission en résidentiel a favorisé la mise en place d'autres intérêts que celui de la recherche et de la consommation, diminuant d'autant la tension psychologique que celles-ci engendraient. Une partie non négligeable des personnes polyconsommatrices a transféré sur l'alcool leur dépendance à une autre substance ou est devenu abstinente. Les traitements de substitution à la méthadone sont évalués positivement par les usagers concernés. De manière générale, et en dépit de nombreuses rechutes, les personnes interrogées, signalent une très nette évolution vers une baisse de la consommation en termes de quantité, de réduction de la polyconsommation et de gestion des risques liés à ces consommations. La plupart des personnes interrogées a continué à bénéficier d'un soutien et d'un suivi à la suite d'un hébergement thérapeutique dans des services ambulatoires, des structures semi-résidentielles ou dans des services de prise en charge dits « bas seuil ».

4.4.2. Santé : une amélioration de l'état perçu

La capacité de régulation des modalités de consommation influence l'état de santé. C'est ainsi que nous avons pu observer, dans le cadre de nos entretiens, que la question relative à la santé est abordée, dans un premier temps, par une majorité de nos interlocuteurs, au travers de la mise en exergue des stratégies auxquelles ils ont pu avoir recours afin de limiter les risques, en particulier au niveau de la prévention des infections par le VIH. Si le sida est peu présent au sein de notre population d'enquête (1 individu), les différentes formes d'hépatite sont, en revanche, bel et bien présentes même si le pourcentage reste relativement faible. Il faut noter que dans un certain nombre de situations, ces modalités de régulation, dans une perspective de réduction des risques, se sont inscrites au cours de la décennie 1980, soit avant l'adoption du référentiel de la réduction des risques par la Confédération :

« Pour la santé, j'ai eu beaucoup de chance. Pas d'hépatite, rien. J'ai utilisé les seringues d'autres personnes, mais je les ai chaque fois fait bouillir. J'utilisais chaque seringue une quinzaine de fois et je devais l'aiguiser. Je me suis beaucoup fichu en l'air les veines à cause de ça. »

« J'ai fait des hépatites, mais je n'ai pas le sida. Je suis un miraculé, un peu, je dois dire, mais j'ai toujours été très propre et puis je n'ai jamais tellement changé de seringue et tout ça, j'ai toujours eu ma seringue personnelle. Ce n'était pas facile à ce moment-là. C'est aussi moi qui ai fait gaffe, ça c'est sûr. Ce n'était pas facile des fois. Les aiguilles, on les aiguisait. On n'en recevait pas et puis on devait les aiguiser nous-mêmes. C'était ça le danger, dans le fond, ce n'était pas la dope, c'était les maladies. Pour moi en tout cas, c'était ça. Je n'ai plus de veines, on ne les voit plus, c'était l'enfer. »

« Quand j'ai attrapé ma jaunisse, ça m'a tout de suite fait tilt et je me suis dit que maintenant je ne prêtais plus ma seringue. J'ai volé chez un médecin un petit écriin avec une pompe en verre et puis trois aiguilles. Ça, je l'ai gardé pour moi et je ne la prêtais pas. C'est ce qui m'a sauvé et qui m'a permis de ne pas y passer comme mes amis. Si je n'avais peut-être pas attrapé cette jaunisse, je n'aurais peut-être pas fait attention. Voilà, j'aurais continué à échanger les seringues ou à prendre des seringues de quelqu'un d'autre. »

La question de la réduction des risques par rapport aux overdoses est également présente chez un certain nombre de personnes rencontrées. C'est ainsi que des stratégies ont également été mobilisées en ce sens :

« Je n'ai jamais fait d'overdose. J'ai toujours pris un tout petit peu, j'ai toujours injecté un peu et après je mettais plus, si je n'en avais pas assez. »

« Je savais ce que je pouvais prendre, quoi. Si on me présentait un produit qui ne me plaisait pas, je ne le prenais pas, dans la qualité, surtout. »

Dans certaines situations, le recours à des stratégies de régulation peut avoir été dicté par des événements dont les conséquences ont été ou auraient pu être graves au niveau de la santé. Ainsi, l'un de nos interlocuteurs relevait qu'un risque de septicémie lui avait fait renoncer aux injections d'héroïne à un moment de sa trajectoire de consommation :

« Alors, comme tout le monde à cette période, on se défonceait un peu tout et n'importe quoi, c'était les toilettes publiques et le bord du lac. Un jour, j'ai laissé tombé mon matériel dans les waters, ma pompe est tombée par terre. Le réflexe du toxicomane, c'est de passer l'aiguille dans la lèvre, c'est un fichu réflexe qu'on a et du coup, j'ai dû choper une saleté. C'est un fichu rituel, on ne déroge pas. C'est comme ça qu'on m'a appris à pratiquer. J'ai dû choper une saloperie, au bout de cinq jours, j'avais un abcès dans un bras. Je suis allé à l'hôpital, j'ai fait une septicémie. C'est vrai que c'était bénéfique. Depuis ce coup-là, ça m'a tellement fichu la trouille, c'est peut-être que j'ai peut-être changé un peu le rapport au produit, au suivi, et c'est peut-être là que je me suis calmé. Depuis ce jour-là, de l'héro, je n'ai plus jamais touché. Ça m'a fait peur. Après, j'ai pris de la coke, des amphétamines, d'autres trucs, d'autres produits. »

Plusieurs de nos interlocuteurs ont également été confrontés à de gros problèmes de santé au niveau vasculaire, ceci en lien avec une consommation par injection. C'est ainsi que l'un d'entre eux a dû subir une amputation alors que d'autres ont passé plusieurs semaines en milieu hospitalier.

Un des objectifs de notre enquête était de savoir si l'état de santé perçu s'était stabilisé ou amélioré. Le regard porté par les personnes interrogées sur leurs hébergements thérapeutiques est généralement positif, même si certains d'entre elles souffrent de problèmes de santé chroniques essentiellement des hépatites. La quasi totalité des usagers déclarent que leur état physique s'est amélioré ou stabilisé en raison, d'une part, de la diminution ou

de l'arrêt de leur consommation et, d'autre part, des prestations mises en place par les institutions résidentielles. L'amélioration de l'état de santé des usagers est due, selon eux, à l'augmentation de leur poids, à la disparition de symptômes physiques liés à la consommation. Certains usagers affirment avoir entrepris des traitements contre l'hépatite ou des trithérapies (1 usager) au moment de la prise en charge dans les institutions résidentielles.

Les femmes expriment davantage l'amélioration de leur état de santé que les hommes généralement plus préoccupés par celui-ci sans qu'on puisse étayer ce résultat par des données plus factuelles. Elles évoquent les symptômes ressentis durant les périodes de consommation et les changements intervenus après la prise en charge. Concernant l'état de santé psychologique, les usagers évaluent très positivement les effets du résidentiel sur des composantes dépressives, de situations d'angoisse ou de fragilité émotionnelle. La majorité d'entre eux expliquent avoir tiré bénéfice des différents types de thérapies et des consultations psychologiques proposés, celles-ci étant présentées comme ayant été des facteurs prépondérants de leur amélioration psychologique. La confrontation des données relatives à la consommation et à l'état de santé met en évidence certes, une difficulté marginale des personnes interrogées à développer leur totale autonomie, mais aussi leur inscription au sein de réseaux de prise en charge résidentiels, semi-résidentiels et ambulatoires assurant une nécessaire continuité des soins.

4.4.3. Situation socio-familiale : la restauration du lien social et familial

La majorité des personnes interviewées sont célibataires, les autres sont divorcées ou mariées, ces dernières se trouvant en minorité dans l'échantillon de la recherche.

Tout comme pour la consommation et l'état de santé, les usagers font part d'une amélioration de leur situation sociale et familiale dans la mesure où beaucoup d'entre eux affirment avoir repris contact avec leur famille durant leur prise en charge résidentielle alors que cela faisait des mois, parfois même des années, qu'ils n'entretenaient plus de relations avec leur famille. Plusieurs personnes déclarent s'être remises en couple après une séparation due à leur consommation. Comme nous l'avons déjà relevé, une grande majorité des usagers exprime l'importance du soutien de leur famille dans leur traitement et certains affirment même que sans elle ils n'auraient jamais eu la force ni la motivation pour entreprendre un traitement.

La difficulté de s'affranchir d'un groupe social auquel on a pu appartenir pendant de nombreuses années est, en revanche, bel et bien présente, ainsi que le met en exergue l'un de nos interlocuteurs : « J'aimerais bien, ça m'aiderait de me détacher de tous ces gens. Je crois que le problème qui me reste, le plus gros problème qui me reste, c'est de me détacher de ces gens-là. Parce que c'est devenu un peu une seconde famille à quelque part. Quand je repense à certaines personnes qui sont toujours là-dedans et tout, j'ai du plaisir à les voir et à retourner vers eux. Si je vais là, j'aurai peut-être du plaisir quelques jours, peut-être une semaine. »

La gestion du stigmaté lié au passage dans une institution, au niveau des relations sociales, reste aussi une question problématique pour un certain nombre de nos interlocuteurs. Certains de nos interlocuteurs, au bénéfice d'un traitement de maintenance de longue date, ont mis en évidence certaines situations susceptibles de peser sur leur quotidien. Ainsi, dans un cas, une personne, au bénéfice de l'aide sociale s'est vu orienter par les services sociaux de sa commune, au terme de ses droits à l'assurance chômage, vers une structure dont la population cible est constituée de personnes dépendantes. Dans un autre cas, les modalités de distribution de son traitement de substitution — distribution hebdomadaire — par le pharmacien lui confère une identité qu'il ne considère plus être la sienne depuis de nombreuses années :

« Je viens spécialement pour l'aide sociale. On est vite catalogué, j'ai dû aller à l'aide sociale parce que j'avais fini le chômage. Vu mon passé un

peu d'ex-toxico, j'ai été catalogué de venir ici. Au niveau consommation, ça va bien. Les mêmes prestations que j'ai ici, je pourrais les avoir aussi à la Ville, même plus parce qu'il y a plus d'ouverture qu'ici. Toxico, qu'on le soit, qu'on ne le soit plus ou qu'on l'était, alors on nous envoie directement ici. C'est ce qu'ils m'ont fait comprendre quand j'ai dû demander l'aide sociale. Pour moi, c'était un peu ... je veux dire ... vexant, catalogué toxico. Ils ne m'ont même pas demandé si je consommais. Directement catalogué toxico, c'est ... ils ne m'ont rien demandé de plus. »

« Ça se sait que j'ai eu des problèmes de toxicomanie, parce que des fois ils ne sont pas très discrets. Il faut déjà traverser toute la pharmacie et passer de l'autre côté pour aller dans l'arrière-salle. Là, on doit en consommer une et ensuite il nous donne le traitement pour la semaine. Ça serait beaucoup plus simple s'il mettait ça dans un cornet et puis on prendrait le cornet sans avoir besoin de passer derrière. Pourquoi ? Est-ce que c'est une punition ? Et puis je ne l'ai jamais renversée, je n'ai jamais triché. »

L'un de nos interlocuteurs paraît rencontrer le même type de problème avec la police : « J'en parlais à mon infirmière encore la semaine passée, de cette étiquette. Un jour, je passais par le hall de la gare et un policier me dit : Tu reviens de [la ville de X] ? Et pourtant il sait très bien que je ne consomme plus. »

4.4.4. Emploi et ressources : portée et limites des mesures socio-professionnelles

L'analyse des trajectoires socioprofessionnelles met en évidence l'importance des difficultés auxquelles la population enquêtée a été confrontée au niveau de l'emploi, ceci parfois dès les premières années de formation. Dans une majorité de situations, la carrière de dépendance et la précarité constituent l'aspect dominant de la situation professionnelle de nos interlocuteurs, tel qu'ils nous l'ont rapporté au moment de notre entretien. Dans quelques rares cas, la situation de l'emploi est liée à la maladie – non liée à la dépendance – et à la situation du marché de l'emploi. Ce sont essentiellement des personnes qui n'ont jamais véritablement quitté le marché de l'emploi, même si leur trajectoire professionnelle s'est inscrite dans certaines formes de précarité : « J'ai toujours bossé, même en me pétant à l'héroïne, je bossais. A certains moments, je faisais des petits boulots, alors c'était quand je n'allais pas tout le temps, tout le temps. Et puis voilà, je m'arrangeais, quoi. Je n'ai jamais été grillé dans mon boulot. J'ai travaillé et personne ne savait. »

La majorité de notre échantillon bénéficie d'une formation sanctionnée par un titre, souvent un Certificat fédéral de capacité (CFC). Les trajectoires professionnelles telles qu'elles nous sont décrites par nos interlocuteurs tendent à mettre en évidence une multiplication progressive des épisodes de pertes et de retours à l'emploi, emplois devenant de plus en plus précaires et de plus en plus éloignés de la formation initiale, alors que la durée des contrats devient de plus en plus courte jusqu'à l'exclusion du marché de l'emploi :

« Depuis que j'ai fait ma première cure, j'ai retrouvé du travail que j'ai gardé une année, que j'ai perdu de nouveau, dû à la cocaïne parce que je retombais, donc nuits blanches, donc absence au travail. J'ai retrouvé d'autres emplois, mais à chaque fois je les gardais de moins en moins longtemps, toujours dans mon domaine, de quelques mois à finalement quelques semaines. La coke revenait un week-end, je n'allais pas travailler le lundi, absentéisme, je n'osais pas appeler, disparition, vraiment je faisais l'autruche totale. Jusqu'à ce que l'employeur appelle chez moi. Donc perte d'emplois successifs jusqu'à ce que, vraiment, je n'avais même plus la force de trouver du travail, aussi parce que voilà, perte de confiance totale en moi. Je savais de toute façon, tôt ou tard, ça me reprendrait et puis plus je côtoyais d'employeurs ... et après aussi, le monde est petit, la Suisse est petite. Alors mon image... »

« J'ai fait un apprentissage, j'ai fait mes quatre ans, j'ai eu mon CFC. J'aimais bien sortir le week-end, après aussi pendant la semaine, je prenais quelques branlées à l'alcool, je fumais des joints tous les jours. Mais à part ça, ça n'allait pas si mal. L'héroïne, elle m'a fait déraper. Ça ne va pas et puis les gens ils sentent, ils sentent que quelque chose ne va pas. Nous, on croit que ça ne se voit pas. C'est comme de prendre des médicaments, on croit que ça ne se voit pas, mais en fait c'est flagrant. Quand on va aux toilettes, qu'on reste vingt minutes, ça fait bizarre, et qu'on ressort comme ça, vous voyez la tête qu'on a après un shoot. Les gens se posent des questions et après c'est moi qui me pose des questions : pourquoi on me fiche dehors ?

« Je faisais des petits boulots temporaires. Une semaine par ci, une semaine par là. Je n'avais plus envie, je n'étais plus en état de bosser non plus. »

Pour une partie de cette population exclue du marché du travail, depuis de nombreuses années pour certains d'entre eux, ainsi que nous l'avons souligné dans le cadre du chapitre précédant, les objectifs d'un retour à l'emploi, tels qu'ils apparaissent au sein de leurs projets, sont liés à une reconversion professionnelle, souvent dans le cadre de l'Assurance invalidité. Cependant, les potentialités dont disposent certaines de ces personnes sont plus ou moins réduites en regard de la teneur de leur projet.

La majorité des usagers interrogés se trouvaient, d'un point de vue professionnel, au moment de leur entrée en résidentiel, sans emploi ou en situation de travail précaire. Les mesures d'insertion socioéducatives ou socio-professionnelles proposées durant la prise en charge résidentielle par les institutions sont appréciées très positivement dans la mesure où elles permettraient, selon plusieurs personnes interrogées, de se réintégrer dans le monde du travail par la suite en réalisant des stages ou en retrouvant un emploi. Parmi les usagers que nous avons rencontrés, plusieurs d'entre eux ont mis en exergue l'importance d'un emploi, même limité à quelques heures par jour et inscrit dans le cadre de programmes cantonaux d'insertion, que ce soit en termes d'insertion sociale, en termes d'estime de soi ou en termes de maintien du rythme :

« Moi, j'ai besoin d'avoir un rythme, d'avoir une stabilité. C'est une motivation pour moi de me lever le matin. Je sais qu'à neuf heures je dois être là, donc il faut que je me lève deux heures avant pour me laver et tout. Après, est-ce que j'aurais pu revivre dans le monde du travail, aller dans une usine, timbrer ? Là, je suis peinard, je vois des gens, je discute. Une autre chose, c'est qu'on me fiche la paix du moment que je travaille. La police, dans la rue, ne m'embête pratiquement pas. Ils savent que j'ai, disons, un petit équilibre dans l'existence. Donc ça m'a beaucoup aidé. Le rapport avec les gens qui me voient aussi. Quand les gens me voient travailler le matin et puis qu'après ils me voient boire une bière, ils n'ont peut-être pas le même regard que par rapport à ceux qui glandent depuis huit heures le matin. C'est très bête, mais c'est comme ça ».

« Au départ, le travail que je fait depuis six ans maintenant, c'était un travail d'intérêt général. Après, comme ça me plaisait bien, c'est devenu un contrat d'insertion socioprofessionnelle. Moi, ça me convient bien parce que c'est une occupation. C'est important par rapport à mes enfants de pouvoir leur dire que je vais au travail, que je ne suis pas seulement à la maison à ne rien faire, donc ça aussi c'est important. J'ai quand même un mi-temps qui est assuré. Ça me valorise aussi, je ne me sens pas inutile et j'ai un rythme de vie. Je suis plus ou moins comme tout le monde ».

Nous ne sommes pas parvenus à obtenir une information systématique permettant une comparaison suffisamment fiable sur la situation en matière de qualifications ou d'emploi

avant et après la sortie du résidentiel (taux d'activité, type d'activité, revenus perçus, autonomie financière, temps écoulé jusqu'à une éventuelle reprise d'activité, problèmes rencontrés, etc.). Cependant, la perception relativement positive des usagers par rapport aux efforts entrepris en matière d'occupation et/ou d'insertion socio-professionnelle doit, nous semble-t-il, être relativisée ou mise en contrepoint de la vision moins optimiste des professionnels : « *Pour ceux dont on s'occupe dans des dispositifs comme le nôtre, polytoxicomanies avec des comorbidités psychiatriques, somatiques et sociales graves, la réinsertion, à mon avis, est une forme d'illusion. La réinsertion au sens habituel du terme, c'est-à-dire qu'ils parviendront à retrouver une situation dans laquelle ils vont gagner leur vie et devenir indépendants par rapport à l'aide sociale ou par rapport à l'AI, c'est une illusion. Par contre, on peut imaginer qu'on arrivera à leur donner une meilleure qualité de vie, des meilleures conditions d'hygiène, une occupation, une meilleure situation au niveau du logement, etc.* ».

« Par rapport à l'insertion chez nos résidents, il y a beaucoup d'illusions, c'est-à-dire que c'est toujours l'objectif fixé, réinsertion sociale, réinsertion professionnelle, mais souvent ça ne joue pas, ce n'est pas possible. Quand on parle de réinsertion, on est le plus souvent dans de l'occupationnel. »

« Il y a aussi l'aspect, mais c'est plus délicat à dire, c'est celui du potentiel dans tout ce qui touche à l'insertion. C'est vrai qu'on a tendance à mettre l'accent sur l'insertion. Mais l'insertion, c'est-à-dire retrouver un travail, ne plus dépendre de l'assistance, sortir miraculeusement de l'assurance invalidité, quand on voit les gens que nous accueillons qui ont, pour certains, 45 ans, 50 ans et qui ont 30 années de consommation, avec toute la péjoration que ça peut avoir sur le plan psychique, sur le plan somatique et sur le plan social, nous sommes dans une utopie totale. Là, il vaudrait mieux réfléchir à pouvoir redonner du sens à la vie de ces personnes ».

Dans cette double perspective, la prévention de situations relevant de la « trappe assistantielle », selon diverses modalités et selon divers degrés, voire, pour les plus jeunes, la prévention d'une entrée dans une carrière d'assisté figurent, à notre avis, parmi les principaux enjeux de l'amélioration de l'offre de prestations socioéducatives et socioprofessionnelles : évaluation des compétences, formation, réadaptation professionnelle, élaboration et mise en œuvre de projets de formation, d'occupation et d'insertion par des acteurs spécialisés, etc.

Concernant les ressources financières, la majorité des usagers interrogés sont à l'aide sociale, d'autres sont à l'AI. Les demandes de prise en charge à l'aide sociale et à l'AI ont été réalisées, selon les usagers, par les institutions de traitement de dépendances, ce qui leur a permis de fortement stabiliser leur situation et, par là, d'améliorer leur qualité de vie.

4.4.5. Situation pénale et judiciaire : le résidentiel comme alternative appréciée

La part des situations de placement au sein du résidentiel dans le cadre de mesures pénales ou d'attente de jugement au sein de la population de recherche est très faible. Dans quelques très rares situations, il apparaît que la perspective d'un jugement et la crainte d'une peine relativement importante pourrait avoir pesé sur une décision de demande de traitement résidentiel :

« Je suis en placement institutionnel avant jugement. On me l'a proposé pendant la préventive. Je suis en peine anticipée. Donc je n'ai pas le droit de fuger. Les deux possibilités que j'ai actuellement, c'est soit la prison, soit ici. J'ai moins de 25 ans et tous mes délits sont liés à ma dépendance. »

« Avant de venir ici, j'étais en prison. Je suis venu ici et je suis reparti en prison, parce que j'ai fait une connerie ici, j'ai consommé. J'ai dû repartir faire ma

peine de un an. Après j'ai refait une demande volontaire et j'avais un jugement qui était en attente depuis longtemps et de nouveau il m'a remis des règles de conduite, ce n'est même pas un article, c'est des règles de conduite à respecter. Si je ne les respecte pas, ben je dois faire ma dernière peine. C'est ma dernière peine, mais je dois rester jusqu'à fin 2010 et après j'ai 14 mois avec sursis. »

« J'ai fait neuf mois de prison préventive pour divers cambriolages. J'ai été jugé avant de venir ici. Le verdict, c'est un article. La peine a été suspendue pour une mesure en institution. Si je foire, je retourne en prison et puis je fais ma peine. Je précise aussi qu'ici je serais venu de toute façon. Donc ce n'est pas d'avoir reçu ce verdict qui a fait que je suis venu ici. On ne m'aurait rien donné comme punition, rien du tout, je serais quand même venu ici. »

« Quand j'ai pris la décision de venir ici, il y avait l'envie aussi de faire bien par rapport au procès. Il fallait que j'aie bonne façon et que je présente quelque chose qui tienne la route si je n'avais pas envie de trop prendre sur la figure. Il y avait donc cette envie de m'en sortir qui est venue se greffer là-dessus. Et puis il y avait aussi l'envie de récupérer mon permis de conduire. Et puis il y avait cette envie ... cette envie de vivre. Ouais, au début, il y avait l'envie de vivre et puis l'envie de s'en sortir. Après, il est venu se greffer l'idée que peut-être ça serait pas plus mal, par rapport au procès, que je prenne les devants et que je fasse quelque chose. Il y a eu tout ça. »

Certains de nos interlocuteurs ont été amenés, au cours de leurs trajectoires de dépendance, à cumuler les peines de privation de liberté, alors que d'autres, après un premier épisode, généralement pour trafic, n'y sont plus retournés :

« Depuis 1994, chaque année je suis passé par la prison, à part 2003, 2005 et 2006. En 2004, j'ai dû faire quatre semaines à cause des amendes non payées. La première fois, en 1994, j'ai fait une année de préventive avant ma condamnation. A la sortie de la préventive, ils me proposent d'aller en résidentiel. Je suis jugé pendant que je suis en résidentiel. Mais, en ressortant du résidentiel, comme je n'avais pas fait ma peine totale, ils m'ont remis en prison. Après, j'ai eu la conditionnelle, mais après trois demandes.

« L'année passée, j'ai eu mon huitième jugement en huit ans. Je ne suis pas loin de cinq ans ferme. Ma plus grosse peine, c'était deux ans suivis. Tout n'était pas lié à la dépendance. J'ai eu fait des cambriolages pour vivre, pour manger, pour payer le loyer. Je n'ai pas fait que voler pour me payer la drogue. »

« J'avais deux solutions. J'ai connu des gens qui s'attaquaient à des petites dames pour leur voler leur portemonnaie ou bien qui s'attaquaient à des petits commerçants. Moi, j'ai choisi l'autre solution, j'ai commencé à vendre. Je suis parti à Amsterdam avec deux types qui avaient mis de l'argent avec moi. Je me suis fait attraper en revendant la drogue. J'ai fait un peu plus d'un mois de préventive et j'ai été condamné à quinze mois avec sursis sur trois ans et je devais faire une cure en ambulatoire. Je n'ai plus jamais eu de problèmes avec la justice. »

Certains de nos interlocuteurs tendent à retourner en prison plus ou moins régulièrement chaque année pour de courtes peines liées à des amendes non payées, souvent pour des infractions au sein des transports publics – circulation sans titre de transport. Notons enfin que, parmi nos interlocutrices, aucune d'entre elles n'a fait l'objet d'une condamnation pour trafic ou tout autre délit.

Les usagers placés en institution résidentielle en remplacement d'une peine pénale ou judi-

ciaire que nous avons rencontrés apprécient le fait que les poursuites dont ils font l'objet soient temporairement suspendues et qu'ils puissent traiter leur dépendance. Certains relèvent toutefois que le traitement résidentiel n'est pas facile à respecter, l'implication demandée étant très importante, et que le suivi 24h/24 ne leur laisse pas la possibilité « d'échapper » aux exigences posées.

En conclusion, notre analyse indique que l'offre résidentielle permet des améliorations sensibles de la qualité de vie des usagers-résidents-patients. Cependant, une recherche plus systématique et mieux ciblée sur les questions relatives à l'évolution des axes de l'indice de gravité de la toxicomanie s'avère nécessaire pour avoir une idée plus précise de l'impact des mesures résidentielles sur les usagers et de leurs articulations à des mesures de suivi post-résidentiel. Une telle recherche aurait mobilisé des moyens autrement plus importants. Cependant, les résultats que nous avons obtenus sur les cinq axes de référence analysés pour évaluer les effets du résidentiel sur la situation des usagers sont largement corroborés par ceux obtenus par une recherche ciblée et bien plus détaillée menée en Valais. La Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) a en effet adapté l'outil IGT au contexte socio-culturel valaisan et a mis en place une vaste enquête quantitative auprès d'environ 2'000 usagers des cinq centres ambulatoires et des quatre institutions résidentielles du canton admis entre 2002 et 2007 (Bérod, 2008). La recherche trace un portrait de la clientèle, du vécu de la consommation, du profil de gravité moyen ainsi qu'une typologie clinique et une évaluation de l'impact des traitements. Les résultats montrent que les thérapies résidentielles offertes au sein de la LVT améliorent de façon significative la situation de la clientèle terminant régulièrement son séjour, non seulement en termes de consommation de substances, mais aussi dans d'autres dimensions bio-psycho-sociales.

Une autre enquête sur « L'évolution de la qualité de la vie de personnes toxicomanes à la suite d'un séjour résidentiel », menée par Quiroga et Voélin (2009) en collaboration avec l'institution « Argos », auprès d'un échantillon d'une centaine de personnes ayant séjourné en résidence, sous statut volontaire et sans traitement de substitution établit aussi des résultats convergents sur l'utilité et la pertinence de l'offre diversifiée de traitements. Ainsi, soulignent les auteurs, au niveau de leur consommation de substances psychotropes (drogues et alcool) et de leur santé dans ses aspects subjectifs et objectifs on constate une amélioration considérable, leurs relations avec leurs proches sont apaisées et leurs conditions de vie tout comme leur insertion se sont stabilisées ou améliorées dans les temps qui ont suivi l'expérience du résidentiel.

4.5. En guise de conclusion : complexité des trajectoires, demandes de prestations et décloisonnement des dispositifs

L'analyse des données quantitatives disponibles a permis de rappeler plusieurs constats récurrents relatifs au profil des personnes dépendantes et aux types de consommation : à la fois un vieillissement et un rajeunissement de certains groupes de consommateurs ; une stabilisation de la consommation d'héroïne et une extension d'autres dépendances, notamment de cocaïne et de cannabis. Chez les jeunes, la consommation croissante d'alcool et de cannabis est problématique et tant les offres que les conseils de traitements spécialisés semblent encore lacunaires. Le nombre de personnes dépendantes plus âgées ayant déjà fait plusieurs séjours résidentiels et ayant bénéficié de programmes ambulatoires est en augmentation. Beaucoup doivent être considérées comme des cas de dépendance chronique. Il est généralement constaté que, pour les personnes âgées dépendantes, des offres doivent être agencées. De plus en plus souvent, le problème touche deux, voire trois générations. Là aussi, des offres spécifiques doivent être pensées. Les spécialistes cherchent également à définir des stratégies spécifiques au genre dans des structures mixtes et à la dépendance chez les personnes migrantes. Enfin, le problème des lacunes de l'offre destinée aux personnes faisant l'objet d'un double diagnostic est reconnu.

L'analyse que nous avons menée s'est focalisée sur deux aspects : l'évaluation subjective

des effets de l'offre résidentielle par les usagers ; l'étude de leur trajectoire au sein des dispositifs et des facteurs protecteurs et/ou fragilisants qui ponctuent les chemins de vie des usagers. L'analyse des perceptions et des trajectoires d'un groupe d'usagers sélectionné ne comble pas, évidemment, le déficit d'information quantitative. Elle témoigne seulement des difficultés des usagers à sortir de la dépendance et à réussir leur réintégration. Elle nous renseigne aussi sur les forces et les faiblesses des dispositifs résidentiels et des possibilités offertes en matière d'une prise en charge intégrant de manière plus étroite le secteur résidentiel et le secteur ambulatoire.

Plusieurs enseignements peuvent être mis en évidence :

- la situation des usagers se caractérise par une problématique multifactorielle complexe ;
- les effets de la prise en charge sont positifs sur l'ensemble des axes de l'indice de gravité de la toxicomanie et tout particulièrement sous l'angle de la consommation ;
- la trajectoire des usagers intègre, de fait, des prestations relevant des secteurs résidentiel et ambulatoire de manière quasi systématique ;
- ce résultat conforte également l'idée que les nombreux passages des usagers entre structures ambulatoires, hospitalières, résidentielles, médicales et sociales au gré des aléas et des problèmes qui se posent exigent un plus grand effort de perméabilité, de décloisonnement et de concertation des pratiques et des institutions.

5. Conclusions générales et recommandations : pistes de réflexion

La transformation du profil des personnes toxicodépendantes, l'émergence de nouvelles demandes collectives et l'élargissement des connaissances des problèmes de dépendance appellent à une reconfiguration des politiques publiques dans ce domaine. Il est devenu évident qu'il n'y a pas qu'une seule manière de sortir de la toxicomanie ou de la gérer ni un seul traitement ou lieu d'accueil possible. Cette situation appelle à un décloisonnement institutionnel et à une meilleure articulation des pratiques de prise en charge. Le temps est à l'innovation adaptative.

Un nombre important de structures d'accueil et de traitement ont été créées au fil du temps dans les cantons romands et dans la Berne francophone. On distingue habituellement quatre types majeurs de structures :

- les offres dites résidentielles ou stationnaires médicales, à savoir les communautés thérapeutiques mais aussi les services de cliniques ou d'hôpitaux. Ils impliquent une prise en charge de jour comme de nuit. Les individus dépendants y séjournent pour des laps de temps variables. Ils s'y trouvent de manière volontaire ou non, parfois en situation de crise ou suite à une mesure judiciaire. Les objectifs principaux y sont, le plus souvent, le sevrage et l'abstinence, le traitement des co-morbidités et l'acquisition d'une plus grande autonomie. Elles offrent de nombreuses prestations telles que des consultations avec des médecins, psychologues et infirmiers, des bilans et accompagnements socioéducatifs et socioprofessionnels ou encore des traitements de substitution à la méthadone ;
- les offres dites intermédiaires parfois appelées aussi structures semi-résidentielles telles que les centres de jour, les appartements protégés ou les logements accompagnés, permettent aux personnes dépendantes d'obtenir des prestations d'accueil ou de logement de durée variable et d'éviter des situations de crise, d'établir des repères, une stabilité et parfois de penser un projet et, de manière plus générale, d'améliorer leurs conditions de vie ;
- les services ambulatoires : des consultations traditionnelles, des lieux d'interven-

tion, de consultations plus ou moins rapides ou des permanences qui offrent des prestations de manière ponctuelle tout en visant l'autonomie des usagers. On y retrouve aussi de nombreuses prestations proposées par les structures résidentielles comme compléments à leurs offres ;

- les prise en charge dites « bas seuil » telles que les centres d'accueil, des locaux d'injection, le travail hors mur, etc., qui sont principalement caractérisées par le faible degré de démarches à entreprendre pour y avoir accès. Ces prises en charge ont pour objectif de réduire les risques liés à la consommation de substances grâce à des services d'hygiène, des soins et des conseils.

Notre recherche montre que les institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances constituent un acteur incontournable de cette constellation diversifiée d'acteurs. Les usagers peuvent y bénéficier d'une thérapie dont les résultats positifs sont indiscutables. La durée de séjour se raccourcit de manière générale. Les personnes toxico-dépendantes sont par ailleurs souvent traitées et encadrées par des services psychosociaux ainsi que par des médecins de famille et des médecins spécialistes. Parallèlement à ces évolutions, l'offre de traitements de substitution s'est développée en Suisse romande comme dans les autres cantons. Elle est de mieux en mieux acceptée et un nombre significatif d'institutions résidentielles intègre désormais des offres combinées. Les programmes de méthadone sont devenus un élément important des traitements. Dans l'ambulatorio, l'offre de traitements avec prescription d'héroïne est venue s'ajouter aux thérapies de substitution. Une politique de réduction des risques a été mise en place, impliquant des lieux d'accueil avec ou sans consommation, la remise de seringues ainsi qu'un ensemble de mesures à bas seuil d'accès et d'exigences : assistance médicale, traitement à la méthadone, offres de logements, de formations, d'occupations et d'insertion socioprofessionnelle, de travail et de conseil, etc.

Dans ce régime dynamique, de prévention et de traitement des toxicodépendances, le secteur résidentiel garde toute sa pertinence. La démarche d'évaluation que nous avons réalisée permet de souligner ses forces, mais aussi ses faiblesses, à travers les représentations et les perceptions croisées de ses principaux acteurs. Elle permet aussi de souligner les risques qui pèsent sur le fonctionnement du secteur résidentiel ainsi que les opportunités de développement. En guise de conclusion, nous développons ici quelques pistes de réflexion pouvant éventuellement inspirer des reconfigurations possibles de l'action collective dans un domaine qui reste d'une grande complexité.

5.1. Forces et faiblesses, risques et opportunités

Le croisement de l'analyse des trajectoires des usagers 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.

5.1.1. Les forces : des prestations nécessaires et efficaces

Les forces de la structure résidentielle évoquées par les acteurs sont multiples. L'offre est considérée comme nécessaire en raison de deux spécificités majeures :

- l'unicité des lieux et des prestations permet une régulation de l'intensité des prestations 24h/24 ;
- les compétences reconnues dans le domaine de l'accompagnement psycho-social éducatif et/ou socioprofessionnel, à la fois au niveau du traitement et de la prévention.

Les effets positifs de l'offre résidentielle sur les usagers ne sont pas contestés. Plusieurs constats convergents mettent en évidence une amélioration sur les axes de l'indice de gravité d'une toxicomanie. Ainsi, plusieurs analyses convergentes montrent que les prestations résidentielles :

- favorisent la réduction, voire l'arrêt de la consommation des substances ;
- mettent en sécurité et permettent aux usagers de faire une pause, de retrouver un rythme, une hygiène de vie, de retrouver une motivation, de réduire les facteurs de stress des usagers (facteur de rechute, dépressiogène) ;
- permettent à l'usager de se mettre à distance des milieux de consommation ;
- offrent une prise en charge psycho-sociale, sociale ou éducative reconnue comme nécessaire dans le traitement et la prévention des situations de toxicodépendance ;
- stabilisent les situations personnelles ;
- réduisent la délinquance et renforcent les chances d'insertion sociale/ professionnelle ;
- facilitent une mise en protection pour des situations de crise (par rapport à la consommation, logement, santé) ;
- peuvent offrir un cadre nécessaire pour des traitements de substitution destinés à des usagers qui manifestent des troubles psychiatriques sévères et multiples ;
- enfin, l'offre du résidentiel permettrait une complémentarité de prestations dans certains secteurs de la demande de soins : pour améliorer les résultats de certains usagers (notamment les jeunes adultes, les toxicodépendants vieillissants, les personnes faisant l'objet d'un double diagnostic), il serait nécessaire de conjuguer différentes prises en charge, médicales, pharmacologiques, sociales et psychothérapeutiques ; le relais, dans les institutions résidentielles, pourrait ainsi s'avérer nécessaire pour des durées plus ou moins longues.

5.1.2. Les faiblesses : des ajustements à concevoir et à mettre en oeuvre

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

- une offre de prestations peu lisible, peu spécialisée 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 de prestations ;
- une offre qui serait aussi peu attractive, dont les causes seraient multiples : un placement astreignant, des exigences élevées posées par la vie en collectivité ; une crainte de stigmatisation et d'une précarisation de la situation professionnelle ;
- inscrit dans la durée, le traitement résidentiel 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 assistancielle » transitoire-durable ;
- le traitement pourrait, selon certains interlocuteurs, occasionner un risque plus élevé d'overdose en cas de rechute post-thérapie. Il aurait ainsi une tendance à sous-estimer des facteurs de rechute post-résidentiels ;

- une difficulté à procéder à des ajustements pour accueillir des populations diverses. Il parviendrait de plus en plus difficilement, dans le contexte socio-économique actuel, à réaliser les objectifs de réinsertion professionnelle ;
- le secteur résidentiel exigerait un engagement des usagers et des techniques d'approche par les professionnels qui s'inscrivent dans des durées longues. Dans un contexte de restrictions des financements, les pouvoirs publics s'interrogent sur sa pertinence en termes de rapport coûts-résultats, ce qui affaiblirait les cadres d'action et le regard que les professionnels portent sur eux-mêmes. Cette faiblesse est aussi présentée comme un risque.

5.1.3. Les risques : 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 dans un cercle de causalité circulaire et cumulative susceptible de mettre en cause leur viabilité à long terme .

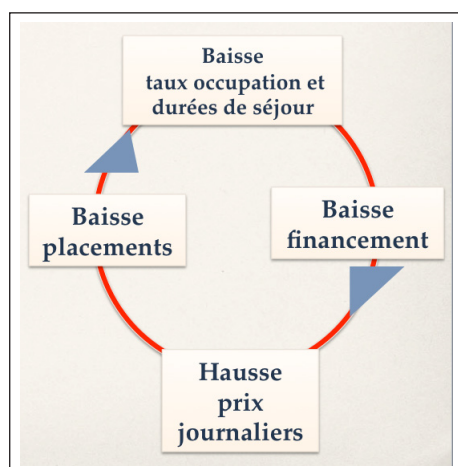


Figure 8 : Le risque de fermeture : un cercle de causalité circulaire cumulative

La nouvelle répartition des tâches entre Confédération, cantons et communes menacerait l'offre de 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.

La fluctuation et 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 l'offre globale de prestations. La pression économique pourrait amener les pouvoirs publics à recentrer l'offre sur des demandes considérées comme prioritaires et à court terme et à affaiblir les leviers d'une action de long terme axée sur les objectifs d'insertion sociale et professionnelle.

5.1.4. Opportunités : construire la complémentarité entre les secteurs pour améliorer la continuité des soins

L'analyse du secteur résidentiel met en évidence ses faiblesses, mais aussi ses forces et son potentiel de développement. Ainsi :

- 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 toxicomanes 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 et généralement fortement désaffiliées ; les populations de toxicomanes vieillissants qui demandent également une offre résidentielle adéquate ;
- le secteur résidentiel permettrait une complémentarité de prestations dans certains secteurs de l'offre : pour améliorer les résultats de certains usagers, il serait nécessaire de conjuguer différentes prises en charge, médicales, pharmacologiques, sociales et psychothérapeutiques ;
- il offrirait un cadre nécessaire pour des traitements de substitution destinés à des usagers qui manifestent des troubles psychiatriques sévères et multiples. Il offrirait un potentiel important, notamment en matière d'accompagnement éducatif et socioprofessionnel des jeunes adultes.

Les programmes résidentiels traditionnels sont actuellement remis en cause par les 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 à l'évolution adaptative, à l'investissement dans le changement interne par le renforcement de l'offre, la formation et l'information, mais aussi par la recherche de nouvelles articulations avec un environnement professionnel complexe et en changement. Cependant, il apparaît clairement 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

5.2. Recommandations : pistes de réflexion

Les différents acteurs des dispositifs de traitement reconnaissent 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.

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 psychosociale et que, à l'inverse, la prise en charge psychosociale doit être complétée par des savoirs médicaux.

Au-delà de ce constat général, un certain nombre de réflexions ont été relevées, pouvant inspirer une articulation plus efficace des acteurs, des modèles d'action et des prestations fournies. Elles dessinent un champ d'opportunités pouvant conduire à une recomposition innovatrice du secteur résidentiel dans plusieurs champs d'action complémentaires : le développement de stratégies communes et de concepts thérapeutiques intégrés ; le renforcement quantitatif et qualitatif de l'offre de traitements ; l'articulation de la chaîne des prestations ; la garantie de la continuité et de la qualité des soins ; la formation et l'information ; l'évolution des conditions-cadre.

5.2.1. Des lignes directrices pour une approche plurielle et intégrative : vers une vision stratégique partagée

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 la 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 additif.

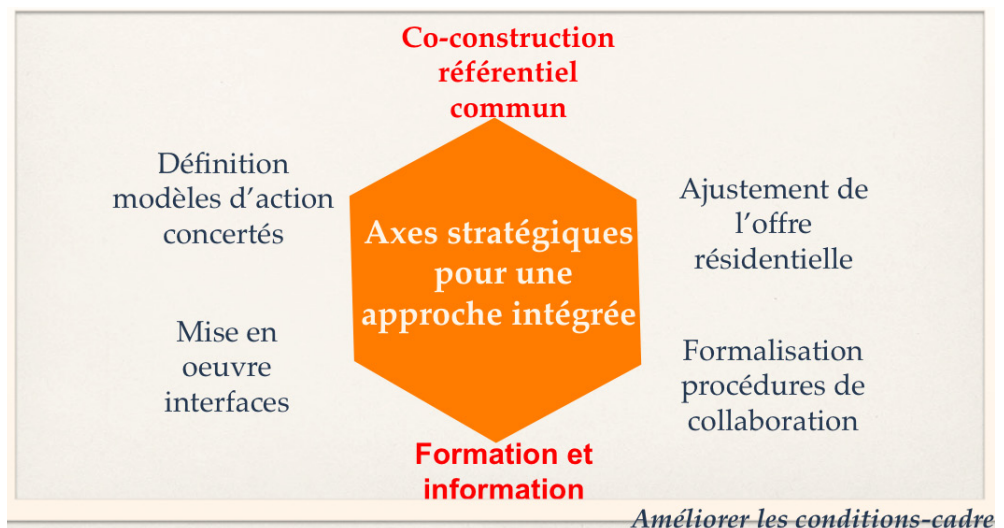


Figure 9 : Améliorer les conditions cadre

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 recombinaison 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 connaissances, promouvoir la recherche et l'évaluation, renforcer les compétences des professionnels, informer les 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.

5.2.2. Améliorer la lisibilité de l'offre résidentielle : un inventaire systématique, un concept de prestations

Le renforcement de la lisibilité des profils de prestations, leur volume et leur qualité, ainsi que la définition de groupes cibles et la hiérarchie d'objectifs des plans thérapeutiques en fonction des situations individuelles sont nécessaires afin de créer les meilleures conditions de développement d'une stratégie d'intégration efficace de l'offre du secteur résidentiel et ambulatoire sans perdre la cohérence et la spécificité de chaque projet institutionnel. L'action visant à un renforcement de la lisibilité des dispositifs peut se décliner ici à deux niveaux :

A. *Réaliser un inventaire systématique et harmonisé : définir les prestations principales et les prestations complémentaires ponctuelles.*

Réaliser un inventaire harmonisé de l'offre sur la base de critères partagés et de compétences, de concepts d'intervention et de traitement reconnus et ancrés dans le cadre d'un référentiel de management de la qualité est une démarche nécessaire. L'inventaire systématique devrait permettre de mieux identifier des prestations actuelles par type de structure et de prise en charge et de mieux réussir la définition de modèles d'action capables de répondre de manière plus efficace à l'évolution des besoins. Même si les chevauchements sont inévitables, on pourrait partir du principe que, dans la plupart des institutions, il est possible d'établir une distinction claire entre prestations principales et prestations complémentaires ponctuelles. C'est en réalisant un inventaire à la fois systématique et harmonisé que l'on peut restituer la spécificité de chaque institution et, par là, l'identité du secteur résidentiel.

B. *Mieux définir un concept de prestations : qualifier des modèles d'action*

La lisibilité de l'offre, la connaissance détaillée des prestations fournies, leur certification en termes d'exigence de qualité (cf. norme suisse de référence en matière de traitement de dépendances, www.quatheda.ch) devraient permettre d'ajuster au mieux les prestations les plus adéquates aux potentiels de ressources et à la situation des usagers. Le concept de prestations devrait définir de manière toujours claire, au minimum : les finalités relatives aux groupes cibles ; le catalogue des offres et leur descriptif détaillé par rapport aux résultats attendus ; les méthodes de traitement et d'intervention mobilisés ; le réseau de coopérations avec des partenaires externes ; les droits et devoirs des usagers.

5.2.3. Ajuster l'offre de prestations aux nouvelles demandes : renforcer les structures intermédiaires et les interfaces

Une reconfiguration - quantitative et qualitative - de l'offre résidentielle à l'échelle cantonale et/ou intercantonale devrait être envisagée dans une visée d'amélioration continue non seulement de sa lisibilité, mais aussi des prestations elles-mêmes. Des ajustements de l'offre résidentielle sont déjà en cours. Ces évolutions témoignent du développement de pratiques d'« hybridation des prises en charge » et de diversification de structures intermédiaires mettant davantage la personne au centre du dispositif thérapeutique dans

le cadre de choix de traitements concertés. L'offre combinée d'appartements protégés et de chambres au sein de structures résidentielles intermédiaires pourrait répondre davantage aux besoins de personnes à faible autonomie, notamment de personnes âgées qui ne peuvent pas aller dans les EMS classiques et/ou de personnes faisant l'objet d'un double diagnostic. Quelques orientations principales peuvent être esquissées dans ce domaine :

A. Adapter l'offre résidentielle au vieillissement de la population dépendante : une demande émergente

Si le rajeunissement d'une partie des usagers du résidentiel est effectif, la problématique du vieillissement de la population dépendante et de sa chronicisation apparaît comme un élément majeur à prendre en compte dans un futur proche. Il s'agit de personnes qui ont des difficultés à vivre seules, qui oublient des traitements et qui ont besoin parfois d'un encadrement social, parfois d'un suivi plus exigeant dans le cadre de traitements psychiatriques. Une telle prise en charge pourrait relever du concept de soins communautaires dans le cadre d'un maintien à domicile, mais aussi, de plus en plus, de séjours plus ou moins longs d'observation et de répit dans des structures résidentielles intermédiaires en raison de problèmes de différents types. La mise en place de dispositifs d'accompagnement social dans le résidentiel et par le résidentiel dans le domaine de l'habiter, ainsi que la mise à disposition d'une offre de logements transitoires de longue durée permettraient à des usagers très fragilisés et exclus du marché locatif de trouver un soutien indispensable pour tenter de maîtriser des processus cumulatifs d'exclusion-addiction. Certaines expériences, menées en Suisse romande, d'apprentissage au logement en milieu ouvert peuvent inspirer des modes de faire pertinents dans ce domaine.

B. Adapter l'offre résidentielle aux situations de comorbidité psychiatrique, sanitaire et sociale : renforcer et mettre en œuvre des structures intermédiaires

Des lacunes dans l'offre semblent exister notamment dans la prise en charge concernant des personnes toxicodépendantes qui présentent des troubles psychiatriques sévères et multiples, pour qui des places supplémentaires dans des structures résidentielles ou semi-résidentielles seraient nécessaires. L'élargissement de l'offre dans ce domaine devrait permettre l'accès à l'ensemble des populations dépendantes, en particulier à celles confrontées à des pathologies psychiatriques graves. La création de nouvelles structures intermédiaires et le redimensionnement parallèle du secteur résidentiel au niveau de son offre actuelle (accès à haut niveau d'exigence) semblent s'imposer. Dans ce cadre évolutif, l'un des enjeux pour l'ambulatoire serait d'assurer un soutien (addictologues de liaison, psychiatres de liaison, somaticiens de liaison, etc.) aux structures résidentielles afin de leur permettre une prise en charge adéquate de certains usagers.

C. Ajuster une partie de l'offre résidentielle à des traitements de substitution

L'intégration du traitement de substitution dans le modèle de thérapie résidentielle progresse. L'adaptation de l'approche résidentielle à des modes d'action intégrant des traitements qualifiés et structurés de substitution (méthadone et parfois d'autres psychotropes prescrits) se fait déjà dans un bon nombre d'institutions résidentielles. Cette évolution pourrait contribuer à améliorer l'attractivité du réseau de soins, la rétention et la compliance. L'enjeu consiste à organiser des interfaces entre l'ambulatoire et le résidentiel de manière à éviter des ruptures de soins. Les questions relatives à l'indication d'un recours au résidentiel, à la durée des séjours, au concept thérapeutique, à la collaboration entre demandeur et prestataire constituent des éléments clés de la recherche de pratiques de collaboration assurant une meilleure articulation entre l'ambulatoire et le résidentiel.

D. Renforcer l'articulation du résidentiel au médical : mise en place d'un système de distribution et d'un suivi médico-social plus systématique

L'articulation entre les secteurs résidentiel et ambulatoire exige la mise en place d'un setting professionnel pour la distribution des médicaments, méthadone comprise. Dans cette

perspective, les relations avec les dispositifs médicaux doivent être bien réglées. L'articulation doit réguler les questions relatives au stockage, au transport des médicaments et au traitement dans les institutions qui n'ont pas leur propre offre médicale (médecin interne ou médecin-consulte externe).

E. Promouvoir des passerelles entre les dispositifs : l'addictologie de liaison sollicitée

L'addictologie de liaison constitue une possibilité, parmi d'autres, de réseautage, de création de passerelles entre les différentes prises en charge, notamment pour les patients instables. Des patients qui souhaitent entrer en résidentiel ont tendance à abandonner leur projet en cours. Ils sont souvent hospitalisés en milieu psychiatrique à l'occasion de crises intercurrentes. Dans ce cadre, « *l'addictologie de liaison* » peut proposer une contribution à la mise en place de projets institutionnels, une coordination des soins entre les différents partenaires, y compris naturellement des psychiatres de liaison, de même que des interventions spécifiques durant les séjours en résidentiel de différents types : interventions en situations de crises, hospitalisations de décharge, stabilisation médicamenteuse, etc.

5.2.4. Définir de centres de compétences : le socio-éducatif et le socio-professionnel sollicités

L'analyse de certains parcours de vie confirme de manière évidente ce constat relatif à des populations dont les problématiques sanitaires et sociales sont très aiguës. Les populations dépendantes sont généralement éloignées du marché du travail. Ce constat pose une problématique spécifique déjà identifiée dans nos travaux précédents : lorsque la distance au travail est trop importante, le recours à des dispositifs socio-éducatifs ou occupationnels spécialisés devrait être envisagé. Pour les populations toxicomanes constituées de jeunes adultes, des mesures fortes et efficaces axées sur le développement des possibilités de formation doivent être conçues et mises en œuvre de concert avec les institutions de formation et d'insertion professionnelle.

La définition de centres de compétences socio-éducatives et de centres de compétences socio-professionnelles serait souhaitable afin de diversifier et personnaliser l'offre globale de prestations dans une perspective de réseau axée vers l'amélioration continue de la qualité des prestations du secteur résidentiel, quels que soient le profil des usagers et le type de traitement. L'offre d'aides occupationnelles dites parfois « *à bas seuil* », mais que nous dirons « *adéquates à la diversité des situations* », doit être consolidée afin de maintenir les acquis de la réduction des risques et de placer les usagers dans des trajectoires d'autonomisation progressive et d'affranchissement de la dépendance. La mise en place de processus de case management ou de systèmes d'accompagnement pour combler des lacunes dans les compétences de base dont la maîtrise est nécessaire pour assurer l'accès à des titres ou des postes de travail qualifiants peut s'avérer comme une piste pertinente.

La mise en place d'actions de sensibilisation dans les milieux employeurs et le développement de projets d'insertion sont aussi nécessaires afin, tout d'abord, de lever l'hypothèque des stigmates du passé qui pèse trop souvent sur les populations hébergées en thérapie résidentielle et d'assurer ensuite les passerelles vers un emploi stable.

5.2.5. Formaliser la collaboration : un renforcement de l'intégration et de la qualité de prise en charge

La formalisation des procédures de collaboration apparaît comme un des éléments clé d'une bonne intégration de l'offre résidentielle et de l'offre ambulatoire. Cette collaboration a notamment pour objectif d'assurer une continuité des soins, l'élaboration et le respect d'un projet thérapeutique, une transparence au niveau de la prise en charge et des bilans réguliers. Ce faisant, l'offre résidentielle ne devrait plus apparaître comme une alternative socio-éducatif à une offre ambulatoire davantage médicalisée, mais comme un des chaînons possibles du traitement. La contractualisation des prestations et la définition claire

des centres de compétence et des services qu'ils offrent (nature, contenu, volume, qualité) pourraient être explorées de manière plus systématique en tirant déjà parti des expériences réalisées ou en cours.

5.2.6. Renforcer le processus d'indication : un élément clé pour ajuster les prestations aux besoins des usagers

Une prise en charge de type « intégratif » repose sur une évaluation globale des usagers (médico-psycho-sociale) au moment de leur entrée au sein d'un dispositif de type « porte d'entrée unique » pouvant constituer aussi un outil d'observation et d'ajustement permanent de l'offre et de la demande de prestations ». Certains craignent qu'une instance trop centralisatrice vienne à limiter la diversité des prises en charge. On pourrait alors penser à mettre sur pied de manière plus systématique des services d'indication spécialisés en fonction des besoins régionaux et locaux.

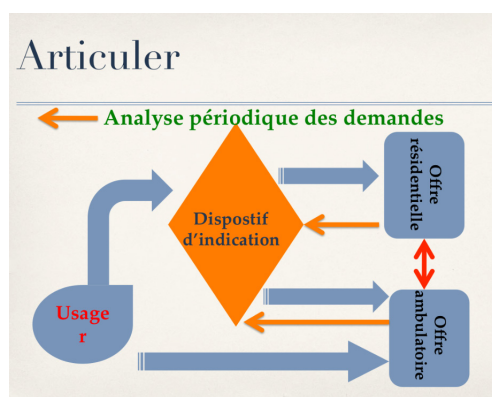


Figure 10 : Le processus d'indication : une procédure d'échange d'informations et d'amélioration continue du suivi

La bonne personne au bon endroit au bon moment et pour une bonne durée, tel est l'enjeu essentiel du processus d'indication. Le renforcement du dispositif d'indication doit faciliter l'orientation et le suivi vers la bonne prestation par une instance. Une définition des principes relatifs à la conception de centres d'indication et de leurs rôles paraît nécessaire. L'interconnaissance des institutions et de leurs prestations doit être assurée par l'institutionnalisation du réseau de compétences sous forme de procédures d'échange d'informations et de collaboration au niveau des processus d'indication et de régulation des flux d'usagers, au niveau cantonal mais aussi intercantonal, afin de limiter au maximum les décisions dominées par des logiques purement financières.

5.2.7. Mieux articuler les trajectoires des usagers : coordonner et concerter pour mieux traiter, accompagner et aider

Au-delà de l'indication se pose la problématique de l'organisation de la trajectoire des usagers au sein du dispositif. L'enjeu consiste à éviter le morcellement de la prise en charge par la mise en place d'un mode de gestion susceptible de coordonner les interventions des différents acteurs en regard des objectifs initiaux et en regard de l'évolution des besoins des usagers, de la nécessité aussi de les réévaluer et de les réorienter. Offrir aux différents intervenants une porte d'entrée unique au sein du dispositif implique un consensus sur la définition des critères d'indication, mais aussi sur la prise en charge des besoins différenciés des populations dépendantes. De là, la nécessité de mettre en place un processus de concertation, voire de case management, associant étroitement les représentants des institutions médicales et sociales non spécialisées à la conception et à la mise en œuvre des structures et des processus d'indication.

5.2.8. Renforcer la formation interdisciplinaire pour améliorer la transversalité de la prise en charge

Identifier les besoins en matière de perfectionnement professionnel et en matière de contenu de formation pour faire face aux enjeux d'intégration des prestations ; garantir l'accès à la formation et valoriser le perfectionnement du personnel dans une perspective de transversalité de l'action publique.

5.2.9 Améliorer le système d'information : des outils d'aide à la décision plus performants

L'objectif de l'établissement d'un réseau unifié de statistiques et d'information dans le domaine de l'aide ambulatoire et résidentielle en matière de dépendance (conseil, accompagnement et traitement) a été atteint grâce à l'harmonisation des instruments des cinq statistiques sectorielles existantes dans le domaine du traitement des addictions. Les taux de participation des secteurs résidentiels à la collecte des données sont nettement plus élevés que celui du secteur ambulatoire. Cependant, les efforts en matière de couverture statistique doivent être poursuivis afin de fournir une base d'informations plus consistante aux praticiens et aux chercheurs ainsi qu'aux communes, aux cantons et à la Confédération.

5.2.10. Vers un nouveau cycle de politiques publiques : améliorer les conditions-cadre du secteur résidentiel dans une perspective intégrative

Le contexte de pression budgétaire est en contradiction avec la volonté affichée de pérennisation des moyens. Il est certain qu'il ne peut y avoir de politique publique à coût nul. 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. Ceci renvoie à une réflexion sur plusieurs aspects ayant des incidences financières évidentes : amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prestations, conditions de travail du personnel, niveau de qualification du personnel. La mise à disposition des moyens nécessaires s'impose. Dans cette perspective, il est nécessaire d'établir un programme d'investissements à long terme dans le secteur résidentiel dans une perspective intégrative fondant un nouveau cycle de politiques publiques dans ce domaine.

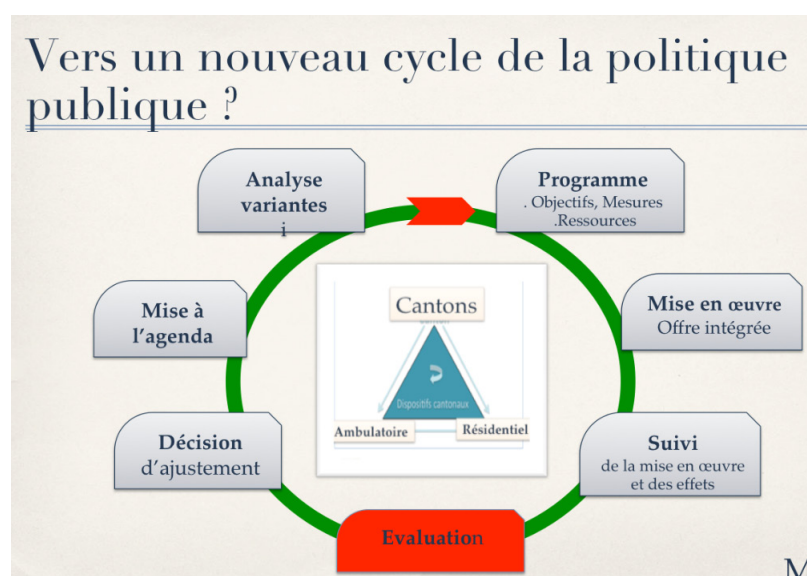


Figure 11 : Un nouveau cycle de politiques publiques : une remise à jour permanente

Le développement de collaboration permettant de mieux expliciter les axes prioritaires et des 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 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, des 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 à 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. La question de l'ouverture d'un nouveau cycle de politiques publiques cantonales est posée. La mise en oeuvre d'une nouvelle gouvernance associant l'ensemble des acteurs concernés dans une visée de structuration durable d'un référentiel d'action commun et de construction des repères pour l'action est également posée de manière incontournable.

Bibliographie (non exhaustive)

- Albrecht A., Daepfen J.-B. (2007). La consommation contrôlée dans la prise en charge des dépendances à l'alcool. *Revue Dépendances*, mai, pp.6-8.
- Argos, Première ligne, HUG (2005). Forum addictions. « Thérapies résidentielles et séjours hospitaliers ». *Les actes*, dossier no. 9. Genève.
- Babor Th. et als. (2003). *Alcool : no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford. University Press.
- Barboni E. (2004). « *L'expérience de la cohabitation au Radeau* ». *Revue Dépendances*, n°24, décembre, pp. 29-32.
- Benyamina A. (2006). « *Modèle transthéorique du changement* ». In Reynaud M. (sous la dir.). *Traité d'addictologie*. Paris. Flammarion.
- Besson J. (2000). *A chaque dépendance son médicament ?* *Revue Dépendances*, avril, pp. 8-11.
- Besson J. (2005). « *Préface* », in Isabelle Gothuey (sous la dir.). *Toxicodépendance. Problèmes psychiatriques courants*. Genève. Médecine et Hygiène, Département Livre.
- Broers B. (2005). « *Comorbidités : au-delà des définitions académiques, quelle réalité ?* » In. *Addictions et comorbidités. Nécessaire remodelage de l'intervention et de la coopération professionnelle. Rapport de la Journée régionale, Lausanne, 8 avril 2005*.
- Burkhard P., Egli T., Simmel U. (2003). *FiDé le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances*. Manuel. Berne. COSTE.
- Caiata Zufferey M. (2006). *De la toxicomanie à la conventionalité. Sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*. Zurich. Seismo.
- Caïata Zufferey M. (2005). *Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques : ombres et lumières d'un phénomène en mutation*. *Revue Psychotropes*, Vol.11, n°1, pp. 55-72 Bruxelles. De Boeck Université.
- Cattacin S. et al. (1996). *Modèles de politique en matière de drogue. Une comparaison de six réalités européennes*. Paris. L'Harmattan.
- 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.
- Clerc-Bérod A. (2004). *Utilisation d'un instrument dans l'évaluation des besoins de traitement, Processus d'indication. Interdisciplinarité-Coordination-Instruments*. Document de la 2^{ème} Journée nationale, Berne, 2 avril, pp. 75-82.
- Clerc-Bérod A., Moix J.-B., Schallbetter P. (2002). *L'indice de gravité d'une toxicomanie. Fiabilité et validité auprès de patients alcooliques et toxicomanes du Valais romand*. Sion. Ligue valaisanne contre les toxicomanies.
- Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2005). « *psychoaktiv.ch* » *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*. Berne. *Rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD)*.
- COSTE (2002). *Actualités et futur des thérapies résidentielles. Rapport de la journée nationale du 8 novembre 2002*. Berne. COSTE.
- COSTE (2003) *Thérapie et méthadone en milieu résidentiel : au carrefour des représentations et des pratiques. Rapport de la journée du 18 novembre 2003 à Bulle*. Berne. COSTE.
- Daepfen J.-B. (2003). *Vade-mecum d'alcoologie*. Chêne-Bourg/Genève. Editions Médecines et Hygiène.

- Dietrich N., Uchtenhagen A. (2004). Méthadone et thérapies résidentielles : irrésistible combinaison ? *Revue Dépendances*, n° 24, décembre, pp. 23-28.
- Egli T., Burkhard P. (2004) *Orientation en fonction des groupes-cibles*. *Revue Dépendances*, n° 24, décembre, pp. 7-9.
- Ehrenberg A. (1998). *Drogues et médicaments psychotropes – le trouble des frontières*. Paris. Editions Esprit.
- Muller P. (1995) « Les politiques publiques dans la construction d'un rapport au monde », in Faure, A. et al. Dir., *La construction du sens dans les politiques publiques, Débats autour de la notion de référentiel*, Paris. L'Harmattan.
- Gerstein, D.R. (1992) The effectiveness of Drug Treatment, in O'Brien C. P. et Jaffe J. H., *Addictive States*, New York, Raven Press.
- GRAS, Groupement des services d'action sociale des cantons romands, de Berne et du Tessin (2004). Analyse comparative des institutions de thérapie résidentielle dans les cantons romands. Rapport.
- Hermann H. et alii. (2006). *Financement des thérapies résidentielles des dépendances en Suisse. Enquête nationale menée auprès des institutions de thérapie résidentielle des dépendances pour les années 2004 et 2005*. Berne. Rapport.
- Huissoud T. et al (2007). Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2004-2006 : épidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud, Cahier 1. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Infodrog (2006). *Institutions de thérapies résidentielles suisses. Situation des placements inter-cantonaux en 2005*. Berne. Rapport.
- ISPA (2006). *Revue Dépendances*, n°29, Septembre.
- Jobert B., Muller P. (1987). *L'Etat en action*. Paris. PUF.
- Jordan M., Maffli E. (2005). Prises en charge des problèmes liés à l'alcool : une comparaison des profils des usagers des secteurs ambulatoire et résidentiel. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne.
- Ledermann S. et Sager F. (2006). *La politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006 à 2011*. Berne. Rapport.
- Mancino P. et Thévoz G. (2004). *Substitution et abstinence au CRMT à Genève*. *Revue Dépendances*, no. 24, décembre. pp. 10-15.
- Massardier G. (2003). *Politiques et actions publiques*. Paris. A. Colin.
- Meny Y. et Thoenig J.-C. (1989). *Politiques publiques*. Paris. PUF.
- Monnier E. (1992). *Evaluations de l'action des pouvoirs publics*. Paris. Economica.
- Morel A. (2006). L'addictologie : croyance ou révolution ? Bruxelles. *Revue Psychotropes*. De Boeck Université.
- Morel A. et Couteron J.-P. (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris. Dunod.
- Muller P. (1995) « Les politiques publiques dans la construction d'un rapport au monde », in Faure, A. et al. Dir., *La construction du sens dans les politiques publiques, Débats autour de la notion de référentiel*. Paris. L'Harmattan.
- Muller P., Surel Y. (1998). *L'analyse des politiques publiques*. Paris. Montchrestien.

- Office fédéral de la santé publique (2008). *Programme national alcool 2008 à 2012*. Berne. OFSP.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (1997). *Politique de la Confédération en matière de drogue : des chiffres et des faits*, Berne. Confédération suisse.
- Quiroga D., Voélin S. (2009). *Evolution de la qualité de vie de personnes toxicomanes à la suite d'un séjour résidentiel*. Genève. Rapport.
- Reynaud M. (2004). *Quelques éléments pour une approche commune des addictions*, in Reynaud, M. (dir.) *Traité d'addictologie*, Paris. Flammarion.
- Samitca, S. et als. (2001). *Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et le Point d'eau*. Lausanne. Hospices cantonaux. Département universitaire de médecine et de santé communautaires. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Sanchez-Maza P., Ritter C. (2008). *Quels résidentiels pour demain ? Le point de vue des médecins de l'addiction*. Avril. Coroma.
- Service de coordination de la Ligue FOS c/o Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (2009). *Rapport d'activités et statistique annuelle 2008*. Act-info-FOS.
- Simmel U., Eckmann F., Dietrich N. (2004). Nouvelles exigences et nouveaux défis. *Revue Dépendances*, no. 24, décembre, pp. 2-6
- Soulet M.-H. (2002). *Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeu de conventionnalité*. Fribourg. Editions Universitaires.
- Spinatsch M. (2004). *Une nouvelle politique en matière de dépendance pour la Suisse ? Base et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances*. Berne. Rapport.
- Strauss A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Paris. L'Harmattan.
- Suissa Amnon (2007). *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. Montréal. Fides.
- Teylouni F., Thorel G. (2008). *Réinsertion des personnes toxicodépendantes et assistance de probation : le cas de Genève*. *Revue Dépendances*, no. 5, septembre, pp. 17-28.
- Tempier R. (2004). « Le Case Management : une façon efficace de suivre des personnes atteintes de psychose au long cours ». In *Socrate Réhabilitation*. www.Espace-socrate.com
- Valleur M. (2006). « Les modèles psychologiques de compréhension des addictions ». In Reynaud M. (sous la dir.). *Traité d'addictologie*. Paris. Flammarion. Médecin-Sciences.
- Van der Linde F. (2006) *Les perspectives ouvertes par « psychoaktiv.ch »*. *Revue Dépendances*, no. 28, septembre, pp. 2-4.

Annexe

1. Matériaux pour une analyse de l'offre : document de travail

Dans ce texte, nous reproduisons quelques résultats relatifs à une démarche d'identification de l'offre résidentielle réalisée dans une étape initiale de la recherche et mise à jour partiellement durant le mois de septembre 2010. Cette recension, forcément incomplète et datée doit être considérée comme un document de travail destiné à donner une idée plus concrète des principaux acteurs de l'offre résidentielle et ambulatoire. Le texte n'a pas fait l'objet d'une mise à jour systématique. Dans certains compartiments de l'offre les situations ont pu évoluer.

1.1. L'offre résidentielle

L'offre de traitement résidentielle s'est développée au cours des décennies 1970 et 1980, dans le cadre de la révision de la loi sur les stupéfiants de 1951 qui a introduit, en 1975, une approche en termes de prévention, de mesures thérapeutiques, ainsi que de répression (cf. modèle des « trois piliers »). Opérant sur la base d'un modèle classique de vie communautaire, son offre comprend tous les traitements pratiqués dans les lieux de vie : centre de sevrage, communautés thérapeutiques, institutions de réinsertion, etc.. Le référentiel est alors celui de l'abstinence et il va marquer profondément la culture de l'approche thérapeutique résidentielle.

Si la querelle entre paradigme de l'abstinence - paradigme de la substitution est parfois encore bien présente, on peut observer, au sein de l'offre résidentielle de traitement, une évolution vers une ouverture à la substitution ; un certain nombre de dispositifs ayant d'ailleurs déjà franchi le pas. En effet, dans le cadre de la réduction des risques et des traitements de substitution, l'offre qui se met en place va en s'affranchissant des contraintes du sevrage et de l'abstinence qui jusque-là prévalaient au sein du dispositif comme condition d'accès et comme objectif. Elle permet ainsi d'élargir l'accès à une prise en charge auprès de populations qui étaient jusque-là exclues ou non demandeuses de soins. L'offre résidentielle renforce ainsi sa capacité à s'inscrire dans la stratégie définie par le « Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDroll) 2006-2010 », en particulier au niveau du développement d'interfaces entre traitement et réduction des risques.

L'évolution récente de l'offre de traitement résidentielle a également été marquée par un processus de professionnalisation tant au niveau de la prise en charge de ses bénéficiaires que de l'organisation de ses structures avec, en particulier, la mise en place de systèmes certifiés de management et de qualité. Elle accentue d'autant plus son potentiel d'inscription dans une chaîne thérapeutique qui combine, au bénéfice des personnes souffrant de problèmes d'addiction, l'offre de traitement ambulatoire et l'offre de traitement résidentielle. On trouve à l'heure actuelle, par exemple, des institutions spécialisées dans un type de dépendance - alcool versus drogues illégales - des institutions de prise en charge de la polytoxycomanie, des institutions de prise en charge de longue durée, des institutions offrant un encadrement de type socio-éducatif ou encore des institutions offrant une prise en charge médico-socio-éducative.

1.2. L'offre ambulatoire

L'offre de traitement ambulatoire, plus récente, émerge dans le contexte de l'aggravation de la situation épidémiologique des personnes toxicomanes (émergence du sida et des hépa-

tités) et va se développer au cours des années 1990 dans le cadre de la réduction des risques. Dans le cadre du modèle des « quatre piliers », l'abstinence n'est pas posée comme une condition d'accès au segment de l'offre relatif à la réduction des risques : le référentiel du modèle étant celui de la substitution. Le principe de base consiste ainsi à prendre en compte des demandeurs « là où ils en sont, dans la confidentialité et dans un souci permanent de réduction des risques et d'aide à la survie. » (Samitac S. & al., 2001). L'objectif consiste ainsi à assister les consommateurs de drogues illégales « pendant la phase de dépendance, de les suivre et de les soutenir, afin de leur permettre de traverser cette phase à haut risque dans un état de santé aussi bon que possible et la meilleure intégration sociale possible, et d'augmenter ainsi leurs chances de se sortir de la drogue par la suite. » .

En d'autres termes, les objectifs en matière de prise en charge visent à réduire les conséquences néfastes de la consommation de substances illégales tant au niveau de la santé, de l'intégration socioprofessionnelle que de la situation judiciaire et pénale. Dans une acceptation plus large, cette offre relève à la fois du domaine médical (prévention du sida et autres infections ; programmes de substitution ; lieux d'injection ; distribution de matériel d'injection ; distribution contrôlée d'héroïne, etc.) et du domaine social (remise de nourriture, offre de repas ; hébergement d'urgence, occupations ; douche ; etc.). Celle-ci peut s'inscrire au sein de structures dites « Centre d'accueil » et dans le cadre d'un travail de rue.

1.3. L'articulation entre l'offre résidentielle et l'offre ambulatoire

L'adoption du modèle des « quatre piliers » a engendré, dans un premier temps, un clivage entre prestataires selon la provenance de l'offre (résidentielle ou ambulatoire). En effet, comme le relèvent Nicolas Dietrich et Amros Uchtenhagen (2004) « Pendant longtemps, les deux approches principales pour le traitement de la dépendance des opiacés [...] se sont développées non seulement sur des voies complètement séparées, mais dans un profond antagonisme. ». L'articulation entre ces deux segments de l'offre en a été fortement réduite, pénalisant ainsi le recours à une approche transversale au niveau du traitement et de la prise en charge.

L'évolution du contexte structurel, devenu plus défavorable pour le résidentiel à la fin de la décennie 1990, a renforcé ce clivage jusqu'à provoquer une véritable situation de concurrence entre les acteurs des deux segments de l'offre. La décision de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de réduire la participation financière de l'Assurance invalidité (AI) dans la prise en charge des traitements de type résidentiel en 1996 a eu des répercussions financières importantes. En effet, elle a favorisé, au sein des cantons et des communes désormais principaux bailleurs de fonds, l'émergence d'une pratique fondée principalement sur des critères financiers privilégiant ainsi le recours à l'ambulatoire. Les auteurs du rapport « psychoaktiv.ch » notent à ce propos : « Plusieurs offres de thérapie et de réduction des risques sont actuellement mises en concurrence, essentiellement selon des critères financiers et non pas des critères professionnels d'indication précis. » (Reynaud M., 2004). Cette situation a favorisé une ouverture progressive de l'offre résidentielle au référentiel de la substitution rejeté jusque-là. On a ainsi assisté à un élargissement de l'accès à l'offre résidentielle aux personnes bénéficiant de traitements de substitution. Les deux types d'offre ont par ailleurs comme dénominateur commun de partager le constat selon lequel la dépendance est susceptible d'entraîner une perte d'autonomie personnelle, une détérioration des conditions d'existence, voire un processus d'exclusion sociale. Elles partagent également un même objectif : permettre à la personne dépendante de retrouver son autonomie par des mesures de réinsertion sociale, professionnelle et sanitaire.

Ainsi, lors de chaque changement de référentiel, la question de l'adéquation de l'offre par rapport à la demande va être posée, que ce soit en lien avec l'émergence de nouvelles demandes, avec celles de nouveaux profils de demandeurs ou en regard de nouvelles contraintes au niveau de la prise en charge (articulations entre les structures de l'offre, encadrement des usagers, type d'approche). Face à ces différents enjeux, toutes les struc-

tures de l'offre ne disposent pas d'une même capacité d'ajustement. Il apparaît qu'elle sera d'autant plus grande que le référentiel au sein duquel s'inscrira un prestataire de l'offre sera tardif. En effet, le référentiel le plus récent est également le plus inclusif alors que le plus ancien sera le plus exclusif. En d'autres termes, l'ouverture de l'offre résidentielle aux bénéficiaires de traitements de substitution n'a pu s'inscrire que dans le cadre d'un changement de référentiel. Dans cette optique, les facteurs externes tendent à jouer un rôle déterminant face à la résistance au changement. Les enjeux relatifs à la baisse de la demande au niveau de l'offre résidentielle apparaissent en lien avec la décision de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de réduire la participation financière de l'Assurance Invalidité (AI) dans la prise en charge des traitements de type résidentiel en 1996. Face à une évolution structurelle du taux d'occupation à la baisse et à ses conséquences financières, un changement de référentiel peut apparaître comme un levier susceptible de compenser tout ou une partie de celle-ci, parce qu'il permet la captation d'une demande non prise en compte dans le cadre du référentiel de l'abstinence. La résistance au changement peut s'avérer être un obstacle suffisant pour le maintien du statu quo ante. De plus, les enjeux liés à la mise en œuvre de la RPT (répartition des tâches entre la Confédération et les Cantons) au niveau de la structure de l'offre pourraient également favoriser des changements en termes de référentiel.

2. Les institutions résidentielles et ambulatoires en Suisse romande

Après avoir présenté dans les grandes lignes, les objectifs et offres en matière de prise en charge des personnes toxicomanes en Suisse, ce chapitre aura pour objet de définir les caractéristiques des différentes institutions présentes en Suisse romande.

2.1. Classification par canton

Afin de visualiser de manière globale l'ensemble des institutions selon leur spécificité, nous présenterons dans un premier temps de manière succincte l'offre par canton en distinguant les institutions résidentielles, ambulatoires et ce que nous avons regroupés sous la terminologie mixtes. Cette distinction par canton a comme objectif de définir les types d'offre au sein de chaque canton, pouvant dans un second temps justifier les collaborations inter-cantoniales, voire les différenciations entre cantons.

Le canton de Fribourg

Le canton de Fribourg se caractérise davantage par une offre destinée aux toxicodépendants, néanmoins on relève la présence d'une institution accueillant les personnes souffrant d'alcoolisme et le service social du Tremplin est également ouvert aux personnes souffrant de diverses problématiques de dépendance.

2 institutions résidentielles

- Le Radeau (Orsonnens) : toxicodépendants
- Le Torry (Fribourg) : alcooliques

1 institution mixte

- Le Tremplin (Fribourg) : toxicodépendants
- Foyer Parcours Horizon (Pensier) : résidentielle

- Service social (Fribourg)
- Centre de jour « Au Seuil » (Fribourg)
- Empreinte : ambulatoire SIDA (Fribourg)

Le canton de Genève

L'offre du canton de Genève est relativement variée et équitable, puisque les personnes souffrant de toxicodépendance et d'alcoolisme ont à disposition aussi bien des institutions résidentielles que ambulatoires.

1 institution résidentielle

- Maison de l'Ancre (Genève) : alcooliques

2 institutions ambulatoires

- Fondation Phénix (Grand Lancy) : toxicodépendants et alcooliques
- Croix Bleue GE (Les Acacias) : alcooliques

1 institution mixte

- Argos
- CRMT : résidentielle toxicodépendants
- Toulourenc (Troinex) : résidentielle toxicodépendants
- Argos – Entracte (Genève) : ambulatoire toxicodépendants

Le canton du Jura

Le canton du Jura étant un petit canton, l'offre est par conséquent également restreinte. On peut relever la présence de deux institutions résidentielles destinées aux alcooliques dont une s'adresse à la fois aux toxicodépendants et aux alcooliques.

1 institution résidentielle

- L'Envol (Tramelan) : alcooliques

1 institution mixte

Fondation Dépendance

- Clos-Henri (Prédame) : résidentielle pour alcooliques et toxicodépendants
- Trans-AT (Delémont et Porrentruy) : ambulatoire toxicodépendants

Le canton de Neuchâtel

L'offre du canton de Neuchâtel, aussi bien en milieux résidentiels que ambulatoires, est très variée et ceci quelques soit la dépendance dont souffre la personne.

4 institutions résidentielles

- Fondation Ressources : 2 sites :
- Foyer André (La Côte-aux-Fées) : toxicodépendants
- Le Devens (Saint-Aubin) : alcooliques
- Fondation Goéland : 2 sites :
- Pontareuse (Boudry) toxicodépendants
- L'Auvent (Peseux) : alcooliques

5 institutions ambulatoires

- Drop-In (Neuchâtel) : toxicodépendants
- CAPTT : Centre d'Aide, de Prévention et de Traitement de la toxicomanie (Fleurier) : toxicodépendants
- CPTT ou Centre de Prévention de Traitement de la Toxicomanie (La Chaux-de-Fonds) : toxicodépendants
- CENEA : Centre neuchâtelois d'alcoologie (Neuchâtel) : alcooliques
- Croix-Bleue NE : alcooliques

Le canton du Valais

La structure du canton du Valais est quelque peu atypique des autres cantons romands. En effet, le Valais est caractérisé par une association - la Ligue Valaisanne contre la Toxicomanie (LVT) - qui œuvre à la fois dans le cadre des institutions résidentielles et des institutions ambulatoires (CAP : Centre d'Aide et de Prévention), ce qui permet de coordonner les différents types d'offre.

4 institutions résidentielles (LVT ou Ligue Valaisanne contre la Toxicomanie)

- Foyer les Rives du Rhône (RdR) (Sion) : toxicodépendants
- Foyer François-Xavier Bagnou (FXB) (Salvan) : toxicodépendants
- Villa Flora (Muraz sur Sierre) : alcooliques
- Via Gampel (Oberwalis) : alcooliques

5 institutions ambulatoires (CAP ou Centre d'Aide et de Prévention) (toxicodépendants et alcooliques)

- CAP Bas Valais
- CAP Martigny
- CAP Monthey
- CAP Valais central
- CAP Sion
- CAP Sierre
- CAP Haut Valais (Brig)

Le canton de Vaud

Du fait de son étendue notamment, le canton de Vaud propose une structure très variée aussi bien dans le cadre résidentiel que ambulatoire. On dénombre en effet sept institutions résidentielles et neuf institutions ambulatoires.

4 institutions résidentielles

- Fondation Bartimée (Grandson) : toxicodépendants
- Fondation la Clairière (Chamby-sur-Montreux) : toxicodépendants et alcooliques
- Fondation L'Epi (Ménières) : alcooliques
- Fondation Estérelle-Arcadie (FEA) (Vevey) : alcooliques

3 institutions mixtes

- Fondation Levant (Lausanne) : résidentielle toxicodépendants
- Le CAP : ambulatoire toxicodépendants (prévention/formation)
- Puissance L : ateliers toxicodépendants
- Fondation Relais (Morges)
- Foyer : résidentielle toxicodépendants
- Milieu Ouvert : ambulatoire toxicodépendants
- Fondation les Oliviers (Mont-sur-Lausanne) : toxicodépendants et alcooliques

5 institutions ambulatoires

- Action communautaire et toxicomanie (ACT) (Vevey) : toxicodépendants
- Entrée-de-Secours (Morges) : toxicodépendants
- Zone Bleue (Yverdon-les-Bains) : toxicodépendants
- Croix Bleue VD (Chavannes-Renens) : alcooliques
- Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA) (Lausanne) : alcooliques

3. Caractéristiques des différentes institutions en fonction du type d'offre

Dans une deuxième étape d'analyse et dans un souci d'harmonisation des données, une première classification a été élaborée. En dehors du type d'offre proposée (résidentielle ; ambulatoire et mixte), cette classification prend en compte trois grands items généraux : bio-psycho-social, socio-éducatif, socio-professionnel

Sachant que parfois ces items étaient étroitement liés (notamment les deux premiers), il est nécessaire de les définir de manière explicite. Cette sélection s'est du reste avérée parfois très pertinente selon l'institution.

Tout ce qui engendre une action psychothérapeutique, mais également de prévention et de dialogue touchant directement les usagers, ainsi que les programmes de prévention ont été regroupé sous l'item bio-psycho-social (centré sur l'utilisateur).

Les activités qu'on peut qualifier de socio-éducative regroupent les activités au sens large, à savoir dialogue avec l'entourage ou la famille (élargissement de l'intervention en vue d'une insertion sociale dans la société), mais également à travers des activités (sport, jeux),

privilégiant une approche en vue d'une réappropriation de soi.

Concernant le socio-professionnel, ont été incluses à la fois les activités occupationnelles et l'aide à l'insertion professionnelle, en dissociant la préparation à l'insertion professionnelle et les collaborations avec le secteur professionnel (ORP, entreprises etc...).

Après avoir défini ces trois caractéristiques fondamentales qui permettent de décrire les institutions, on peut y ajouter un certain nombre de critères récurrents en vue d'une comparaison entre institutions:

- Population : permet de définir quelle population est accueillie par les institutions (alcooliques, toxicodépendants, les deux etc.).
- Objectifs : qui englobent à la fois la philosophie de l'institution en général, mais également chacun des trois items principaux.
- Durée du séjour pour les institutions résidentielles
- Type de mesure : à savoir l'application concrète et les moyens mis à disposition pour les appliquer.
- Suivi post-séjour : qui concerne essentiellement les institutions résidentielles. D'ailleurs parfois, selon les cantons, une étroite collaboration entre institutions résidentielles et institutions ambulatoires a été développée, d'où d'ailleurs la dénomination d'institutions mixtes.
- Typologie Population : qui relève les effectifs et les caractéristiques des usagers (statistiques) . L'enquête par questionnaire mené auprès de chaque institution devrait dans un second temps aider à compléter ce point.
- Réseau : à savoir les liens avec d'autres institutions cantonales ou hors cantons.
- Personnel : composition des intervenants au sein des institutions qui donne notamment des informations essentielles sur leur mode de fonctionnement.

Afin d'affiner l'analyse, il est apparu pertinent de présenter les institutions en fonction de l'offre (résidentielle, ambulatoire, mixte) tout en intégrant le type de substance consommée, sachant que parfois les mesures adoptées par les institutions s'adressent aussi bien aux alcooliques, qu'aux toxicodépendants, avec néanmoins dans la plupart des cas une priorité dans la prise en charge. L'objectif du chapitre ne se décline donc pas en une approche par canton, mais plutôt par l'intermédiaire du type d'offre proposée, afin d'avoir une vision globale de l'offre pour la Suisse romande. Ainsi, l'ensemble des cantons romands comprend quatorze institutions résidentielles, onze institutions ambulatoires et six institutions mixtes.

3.1. Institutions résidentielles

En Suisse romande, on dénombre quatorze institutions résidentielles, dont six assurent la prise en charge de personnes dépendantes aux drogues et huit concernent les personnes souffrant d'alcoolisme.

3.1.1. Toxicodépendance

Six institutions résidentielles répondent aux demandes des toxicodépendants pour l'ensemble des cantons romands.

a) L'association «Le Radeau» (canton de Fribourg)

Centre d'accueil situé à Orsonnens dans le canton de Fribourg, l'association «Le Radeau» accueille des personnes dépendantes aux drogues légales et illégales pour des séjours d'une durée moyenne comprise entre douze et dix-huit mois. L'association peut accueillir

12 adultes (personnes seules, en couple, en couple avec enfants, familles monoparentales).

Les objectifs principaux de prise en charge sont l'insertion ou la réinsertion aussi bien sociale que professionnelle. L'offre repose notamment sur une prise en charge thérapeutique individualisée ainsi que sur des activités en ateliers (atelier d'accueil, atelier pâtisserie, atelier boulangerie, atelier sport et atelier DECO). L'encadrement, assuré par psychologues, un médecin consultant, des assistants sociaux, des éducateurs et des maîtres socio-professionnels, peut se résumer en quatre étapes : acclimatation, vérification, production et créativité.

En 2007, «Le Radeau» a accueilli 23 adultes : 9 personnes sans traitement de substitution et 14 avec traitement de substitution (sous méthadone). A noter que l'ouverture de son accès aux personnes bénéficiant d'un traitement de substitution est intervenue au début des années 2000.

b) Fondation Ressource : Foyer André (Canton de Neuchâtel)

Le Foyer André, avec ses deux maisons pouvant recevoir 20 personnes en chambre individuelles se situe à la Côte-aux-Fées et fait partie de la Fondation Ressource dont il est la carte de visite principale. Une autre maison, à Buttes comporte 10 places en appartements et studios à visée d'autonomisation. Animés et soutenu par un concept d'inspiration chrétienne, ces établissements sont destinés à accueillir et accompagner des personnes souffrant de problèmes de toxicodépendances associés à différents handicaps sociaux et comorbidités de types psychiatriques.

La dynamique pluridisciplinaire de l'institution, au travers de trois secteurs, éducatif, médical et occupationnel, offre des prestations variées adaptées aux ressources des résidents, représentant en tout 26,20 EPT. Les soins préventifs, curatifs et palliatifs sont assurés par une équipe médicale sous le contrôle de deux médecins consultant.

La reconnaissance inter cantonale romande s'exprime par de nombreuses demandes Fribourgeoises, Genevoises, Vaudoises, Jurassiennes et Bernoises

c) Fondation Goeland : Pontareuse (canton de Neuchâtel)

L'institution Pontareuse, créée en 1897, à Boudry dans le canton de Neuchâtel, fait partie de la Fondation Goéland . Elle accueille toute personne dépendante de produits psychotropes, légaux et illégaux, souhaitant modifier son comportement de dépendance.

Des prestations d'accueil, d'évaluation, de réadaptation et de réinsertion sociale et professionnelle sont offertes. Elles s'inscrivent dans une approche bio-psycho-sociale, respectueuse de la personnalité du résident. Le concept d'accompagnement porte sur la relation à soi, la relation aux autres et la relations aux produits psychotropes et aux comportements pouvant provoquer une dépendance.

Cette approche se fait dans 5 modules distincts, module d'accueil (3 mois) ; module de réadaptation (3 à 6 mois) ; module d'approfondissement socio-professionnel (3 à 6 mois) ; module de réinsertion (environ 3 à 6 mois) ; module d'accompagnement social (3 mois, renouvelable). En fonction des besoins, des projets et des ressources du résident, ainsi que de son réseau, un ou plusieurs modules seront proposés. Le choix d'un ou de plusieurs modules sera déterminé par évaluation et discussion.

La capacité d'accueil de l'institution est de 24 places en internat et de 30 places en ateliers. Quatre ateliers sont sur le site de Pontareuse, à savoir ferme, jardin, cuisine et ménage. Deux ateliers de réinsertion, à savoir Goéland Location (location de matériel de sports et de jeux) et Robinson Location (location de pédalos et bateaux à moteurs) se trouvent à Neuchâtel et Colombier.

Une équipe pluridisciplinaire d'intervenants en toxicomanie (médecin-généraliste consultant, médecin psychiatre, psychologue-psychothérapeute, infirmiers, animateurs, éduca-

teurs, assistants sociaux et maîtres socio-professionnels) met son savoir-faire au service de ceux et celles qui s'interrogent sur leur relation face aux produits psycho-actifs et qui désirent un changement durable dans leur vie, tant du point de vue personnel et social que professionnel.

Un suivi post-séjour est proposé sous diverses formes : studio protégé (deux appartements) ; accompagnement en vue d'un transfert dans une institution ambulatoire, accompagnement social ambulatoire, entretien médico-psychologique, possibilité de fréquenter les ateliers et contrats d'insertion socio-professionnelle

d) Foyer François-Xavier Bagnoud (FXB) et Foyer Rive du Rhône (FRR), LVT (Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies) canton du Valais

La LVT compte deux foyers destinés aux toxicodépendants : Foyer François-Xavier Bagnoud (FXB) à Salvan comprenant 15 places et les Foyer Rive du Rhône (FRR) à Sion dont la capacité d'accueil est également de 15 places, soit un total de 30 lits. Le taux d'occupation des deux foyers pour l'année 2009 avoisinait les 100 %. En 2009, 50 admissions ont été enregistrées contre 132 pour la période 2006 – 2008. on y relève environ 19 % de femmes. La part des clients admis domiciliés en Valais est de 58 % pour 42 % de Confédérés et étrangers. Ces derniers représentent environ 10 % de la clientèle.

Les objectifs de la cure sont : la découverte de soi, la ré-harmonisation corps -cœur - esprit, le retour de la confiance en soi par les défis surmontés, la découverte de ses propres potentialités, un changement du comportement qui implique de nouvelles habitudes liées à la vie communautaire. Les activités proposées par les foyers sont essentiellement occupationnelles (travaux ménagers, travaux agricoles, laiterie, menuiserie, restauration d'objets, créations artistiques, art choral, etc.) L'encadrement est assuré par des éducateurs. L'objectif final des deux foyers est la socialisation du jeune et son autonomie par rapport aux produits ayant entraîné sa dépendance. La cure est rythmée en trois phases bien distinctes dont le contenu thérapeutique est spécifique pour chacune. A noter que le sevrage physique peut être effectué dans le cadre des foyers d'accueil. Le suivi post-séjour est assuré par les institutions ambulatoires des CAP LVT (Centre d'Aide et de Prévention) et divers partenaires du réseau. L'association des «Amis des Rives du Rhône» soutient activement les projets de formation facilitant l'intégration progressive des anciens résidents dans la vie active.

- CAP (Centre d'Aide et de Prévention) (canton du Valais)
- Les Centres d'Aide et de Prévention de la LVT offrent leurs services dans 5 antennes couvrant l'ensemble du canton du Valais, à savoir à Monthey et Martigny (Bas Valais), Sion et Sierre (Valais central) et Brig (Haut Valais).
- Les buts des CAP sont d'informer la population valaisanne des risques et dangers liés aux addictions, tout en agissant sur les habitudes de consommation. Les CAP cherchent à diminuer les impacts négatifs des addictions en offrant des services ambulatoires professionnels, personnalisés et de proximité incluant des approches à seuil haut, moyen et bas.

Ils réalisent ces objectifs au travers de :

- prestations de prévention (sensibilisation tout public, prévention scolaire, protection de la jeunesse, gestion des risques en milieu festif, formation d'adultes)
- prestations de conseil et d'aide aux proches
- prestations de conseil et d'aide aux personnes souffrant d'addiction

Les clients suivis en 2009 par les CAP sont au nombre de 1718. Leur âge moyen est de 40 ans. 10.7% de la clientèle admise l'est pour un problème concernant une tierce personne (clientèle proche).

La consommation prévalente chez les personnes admises en 2009 est l'alcool (67%), puis le

cannabis (22%) devant l' héroïne (11%) et la cocaïne (8%).

e) La Fondation Bartimée

La Fondation Bartimée est une institution résidentielle de thérapie pour personnes toxico-dépendantes après sevrage de toxiques. La durée de séjour est variable en fonction des besoins et du contrat défini avec la personne en soin, contrat reconductible, tous les six mois, en fonction de l'évolution du résident, évaluée lors de bilans avec les services ambulatoires. Le séjour se répartit entre la structure résidentielle et les appartements accompagnés (Étape Extérieure), en regard des objectifs de réinsertion sociale et professionnelle du bénéficiaire.

Depuis 2010, 22 places en résidentiel, 17 en Etape Extérieure (dont 8 places en studios en ville et 9 appartements communautaires), ainsi que des prises en charge ambulatoires postcures sont proposées aux personnes dépendantes, ayant décidé de restructurer leur existence hors des addictions.

La Fondation Bartimée dispose d'un setting médical qui assure le suivi thérapeutique et médicamenteux des pathologies concomitantes aux addictions.

Une équipe pluridisciplinaire, composée d'infirmiers, d'éducateurs spécialisés, de moniteurs socioprofessionnels, d'une assistante sociale et de psychologues psychothérapeutes assurent la prise en charge. Elle veille aussi à entretenir une continuité des liens entre le réseau ambulatoire et le bénéficiaire.

L'institution propose un cadre thérapeutique contenant et soutenant qui permet à la personne de vivre l'expérience de la crise et de traverser ses frustrations, lui procurant ainsi une opportunité de réfléchir à un avenir plus responsable et conscient de ses choix de vie. Dans un programme global, le développement progressif de l'autonomie des personnes dépendantes est soutenu, par des groupes thérapeutiques et des prises en charges individuelles et groupales tant dans des groupes de travail à thèmes spécifiques, dans des psychothérapies individuelles, en groupe ou familiales que dans le cadre des ateliers de réinsertion et des activités de loisirs. Le développement de compétences personnelles, sociales, et professionnelles est un des objectifs. Construit suivant des étapes de confrontation et de lâcher prise, il garde comme fil rouge la réalisation, pour chacun des bénéficiaires de la Fondation Bartimée, d'un projet de vie réaliste et viable à long terme.

La Fondation Bartimée prend en charge des personnes toxicodépendantes volontaires ou au bénéfice de l'article 60 NCPS, avec PLAFA ou non, sans distinction de genre, de religion ou d'orientation sexuelle, mais qui ont en commun la motivation d'améliorer leurs conditions de vie en remettant en question, entre autres, leurs comportements addictifs.

- f) Fondation La Clairière (canton de Vaud)

La fondation La Clairière dans le canton de Vaud est composée de deux résidences d'accueil : Chamby sur Montreux (12 places) et Fenil (8 places) qui regroupe essentiellement les ateliers en vue de l'insertion socioprofessionnelle. Le personnel d'accueil se compose d'éducateurs, socio-thérapeute, art-thérapeute et maître socio-professionnel.

La Fondation La Clairière offre un espace pédagogique-thérapeutique à des jeunes personnes souffrant de toxico-dépendance, de problèmes psychiques ou de désinsertion socio-professionnelle. Nos activités et nos thérapies ainsi que notre médecine sont basées sur l'Anthroposophie de Rudolf Steiner.

Le séjour, dont la durée est variable, s'agence en trois étapes :

- première étape : séjour de thérapie à Chamby sur Montreux (12 à 15 mois) ;
- deuxième étape : insertion socioprofessionnelle à Fenil (durée individuelle) ;

- troisième étape : phase d'autonomisation à l'appartement (durée individuelle).

La devise de La Clarière est: « Eveiller et promouvoir en l'être humain les forces individuelles qui le rendent apte à prendre en mains ses propres difficultés et à donner forme à son avenir. »

3.1.2. Alcoolisme

Concernant la prise en charge de personnes dépendantes à l'alcool, on dénombre huit institutions résidentielles en Suisse romande.

a) Fondation Le Torry (canton de Fribourg)

La fondation Le Torry située en ville de Fribourg est un centre de traitement des dépendances spécialisé en alcoologie. L'offre résidentielle de traitement repose sur l'articulation de deux programmes, l'un dit de « postsevrage », d'une durée de cinq semaines et l'autre dit de « réinsertion socio-professionnelle » pouvant aller jusqu'à 24 mois. Les objectifs principaux sont de créer ou maintenir une intégration sociale, culturelle et/ou professionnelle, dans le but de retrouver un nouvel équilibre psychique et physique.

Elle dispose d'une capacité de 20 places. L'équipe d'accueil se compose d'éducateurs, de psychologues d'infirmiers, de maîtres socio-professionnels, un d'art-thérapeute, d'accompagnateurs de nuit et week-end.

Des prestations de type ambulatoire destinées aux personnes ayant notamment suivi le programme résidentiel viennent compléter l'offre thérapeutique du Torry : groupes de prévention à la rechute, cours d'affirmation de soi. Dans le cadre de la prévention, Le Torry propose, au sein d'un module mis en place en 2005 et intitulé « Alcool et famille », des rencontres destinées aux familles ayant au moins un parent alcoolodépendant et visant, d'une part, à renforcer et reconstruire les liens familiaux et, d'autre part, à prévenir une éventuelle dépendance future de leurs enfants.

b) Maison de l'Ancre (canton de Genève)

La Maison de l'Ancre située en ville de Genève est un établissement résidentiel de réinsertion socioprofessionnelle de personnes alcooliques.

L'offre et la durée de séjour se présente sous la forme d'un programme en trois étapes :

- la première étape (8 à 10 semaines) avec comme objectifs : désaccoutumance, projet de vie, groupe d'échanges, stage à mi-temps ;
- la deuxième étape (1 à 4 mois) entraîne une consolidation alcoologique, réinsertion sociale (stages professionnels) et une prise de contact avec l'extérieur ;
- enfin, la troisième étape (6 à 24 mois) implique un retour à l'autonomie en résidence et qui s'illustre par un accompagnement après le séjour ou encore par un stage ambulatoire (restaurant, traiteur, buanderie)

Le personnel d'accueil est composé de travailleurs sociaux, psychologues, infirmiers, professionnels formés à l'alcoologie, veilleurs de nuit, cuisiner et art-thérapeute.

c) L'association L'Envol (canton Berne)

L'association L'Envol à Tramelan dans le canton de Berne est un foyer de 13 places destinés aux personnes rencontrant des difficultés avec leur consommation d'alcool. La durée du séjour peut varier de 6 semaines à 2 ans (taux occupationnel annuel 86%). La population y séjournant est relativement âgée, puisque la moyenne d'âge est de 50 ans.

L'Envol, qui a pour objectif d'offrir un lieu de vie communautaire ouvert sur l'extérieur, pro-

pose à ses occupants un environnement et des règles de vie leur permettant de se confronter aux réalités intérieures et extérieures. L'encadrement est assuré par un psychologue, deux éducateurs et deux aides éducateurs. Différents aspects sont privilégiés : aspects thérapeutiques, aspect promotion de la santé, aspect social (sensibilisation). A cela s'ajoute les ateliers d'occupation : occupation manuelle, service de maison, atelier informatique, cuisine et café, atelier bien-être ainsi que des stages dans divers milieux professionnels.

Afin de diversifier quelque peu ses services, l'Envol propose un programme ambulatoire aux personnes désirant cesser de fumer, en collaboration avec « Santé bernoise ». De plus, un concept d'accompagnement en appartement protégé est étudié. Ce projet est accepté par les autorités et dote l'institution d'un nouvel outil quasi indispensable à la réinsertion de certains résidents. La capacité d'accueil du centre passe ainsi de 13 à 16 places et un poste supplémentaire à 50% pourra être créé dès que le besoin s'en fera sentir.

4 appartements protégés sont en place depuis 2 ans. Le nombre de places actuelles est de 16 au total dont 12 en interne.

d) Armée du Salut : Le Devens (canton de Neuchâtel)

L'institution Le Devens à Saint-Aubin dans le canton de Neuchâtel fait partie de la coopérative Armée du Salut œuvre sociale. Il s'agit d'un domaine agricole pouvant recevoir jusqu'à 34 personnes. L'établissement d'accueil et de soins est destiné à la réinsertion de personnes alcooliques (bas seuil) en vue d'une réhabilitation physique et psychique, par l'intermédiaire notamment d'une réflexion et d'une mise en place de projets individualisés. L'institution comprend un foyer, des ateliers et un domaine agricole. L'accompagnement est ainsi assuré sur trois niveaux : personnalisé, occupationnel (ateliers, ferme), en foyer.

La durée de séjour n'est pas limitée dans le temps, en général un minimum de trois mois est exigé. En 2007, on a pu constater une légère baisse des effectifs : 27 personnes avec une moyenne d'âge de 57 ans. Le travail est organisé en équipe pluridisciplinaire : un médecin généraliste consultant de Béroche, un psychiatre consultant, des infirmières, un accompagnement psychosocial, des veilleurs, des assistants sociaux et des maîtres socio-professionnels.

e) Fondation Goéland : L'Auvent (canton de Neuchâtel)

- L'institution L'Auvent, à Peseux, dans le canton de Neuchâtel, fait partie de la Fondation Goéland. Elle accueille toute personne confrontée à des difficultés liées à sa consommation d'alcool et disposée à expérimenter un temps sans consommation de produits psychotropes.
- L'Auvent dispose de 15 lits, 3 studios protégés ainsi que de 10 places en externat. Elle est située en zone urbaine, afin de favoriser la réinsertion sociale. Elle accueille des personnes volontaires, ainsi que d'autres placées par les Autorités judiciaires ou administratives. La durée de séjour est de 6 semaines minimum.
- Une équipe pluridisciplinaire accompagne le résident vers une réinsertion sociale et si possible professionnelle. Des entretiens individuels et de groupes sont proposés. Un accent important est porté à la gestion du temps libre. L'action de l'Auvent s'inscrit en lien avec le réseau médical, social, professionnel et familial de la personne accueillie.

Une sortie progressive est possible. Un soutien après le séjour est proposé à chacun. Il est adapté aux besoins et aux ressources de la personne

f) Villa Flora et Via Gampel, LVT (Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies)

canton du Valais

La LVT ou Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies compte deux foyers destinés aux alcoolodépendants : Villa Flora située à Muraz-sur-Sierre qui comprend 18 places et le

centre haut-valaisan Via Gampel avec 12 places. L'objectif de ces foyers est l'accompagnement des personnes confrontées à un problème lié à l'alcool vers une meilleure qualité de vie en les aidant à découvrir et à développer leur potentiel. Les deux centres, bien qu'identifiés «alcoologie» accueillent régulièrement des clients avec comorbidité et consommation de divers psychotropes. En 2009, la part des femmes à l'admission était de 38.8% à la Villa Flora et de 20 % à Via Gampel. Comme durant 06-08, l'ensemble de la clientèle admise à Via Gampel est domiciliée en Valais. A la Villa Flora, cette part s'élève à 95.0%. Un léger rajeunissement global de la clientèle est observé : 44.4 ans pour Villa Flora et 44.8 ans à Via Gampel.

La Villa Flora propose un modèle de traitement bio-psycho-social qui s'inspire de la thérapie en 12 étapes des Alcooliques Anonymes (AA) et des Narcotiques Anonymes (NA). Les principaux outils du traitement sont des informations sur la maladie, des dynamiques de groupe, des entretiens individuels et familiaux, des rencontres de réseau, et de la psychothérapie. Les objectifs sont réalisés en mettant en œuvre un traitement stationnaire dont la durée est de cinq semaines à une année, plus une postcure de onze mois. Plus concrètement, la Villa Flora, qui intègre un programme d'abstinence, offre ainsi un traitement sur quatre niveaux : court termes (5-8 semaines) ; moyen terme stabilisation - insertion (3-9 mois) ; long terme (minimum de 12 mois). Dans le cadre du suivi post-cure, elle propose deux prestations ambulatoires (post-cure ; groupe des proches). Depuis peu, des prestations de jour sont également proposées.

g) La Fondation l'Epi (canton de Vaud)

La Fondation l'Epi, située à Ménières près de Payerne dans le canton de Vaud, offre un encadrement de type familial et chrétien à des personnes en difficulté avec l'alcool. A l'admission, les personnes doivent avoir effectué le sevrage de l'alcool. La Fondation l'Epi est en mesure d'accueillir des personnes présentant des situations complexes, ainsi que des personnes polytoxicomanes. Les résidents, femmes et hommes, sont en principe en âge AI, ne présentant pas de problèmes de mobilité.

La Fondation regroupe deux sites: l'institution à Ménières où se déroulent l'ensemble des activités proposées et un appartement extérieur, qui permet aux personnes qui ont acquis une certaine autonomie et retrouvé des compétences, de les expérimenter en étant plus indépendantes, tout en bénéficiant d'un cadre protecteur. La capacité d'accueil de l'Epi est de 10 places d'internes et deux places d'externes. Il s'agit de personnes ayant séjourné à l'Epi, qui ont retrouvé un lieu de vie indépendant. Elles sont accueillies à l'Epi pour un programme individualisé, défini selon les besoins (travail alcoologique, occupations, repas, loisirs, soutien administratif, etc.).

L'accueil, qui se veut bio - psycho - social et spirituel, est assuré par une équipe sociale (éducateurs, MSP, secrétaire social, stagiaire HES, apprenti ASE) qui est complétée par une équipe de veilleurs et des intervenants extérieurs (un superviseur, une animatrice créativité, des diététiciennes, des bénévoles), et parfois des personnes en PET (programme d'emploi temporaire), MIS (mesure d'insertion sociale), TIG (travail d'intérêt général). Le taux d'occupation de l'institution en 2009 était supérieur à 100%. La durée moyenne des séjours a diminué pour arriver à un séjour moyen d'environ une année (séjour minimum de 3 mois). La mission de la Fondation est de travailler sur les ressources des personnes accueillies: RESPECT, RESPONSABILISATION, COMPETENCES. Ceci se fait par un accompagnement socio-éducatif centré sur une démarche d'abstinence, visant à permettre à la personne de retrouver la plus grande autonomie possible. Ceci se fait en collaboration avec les intervenants du réseau, la famille. En d'autres termes, la mission de la Fondation est d'aider la personne à retrouver un équilibre qui lui permette de redéfinir un projet de vie.

h) Fondation l'Estérelle-Arcadie (FEA) (canton de Vaud)

La Fondation Estérelle-Arcadie (FEA) dans le canton de Vaud est une institution qui a pour mandat d'accueillir des femmes et des hommes en difficulté avec l'alcool, afin de retrouver

une vie plus stable et d'expérimenter une attitude nouvelle face à l'alcool, en continuant à pouvoir travailler. La FEA a pour mission de favoriser la réinsertion sociale des personnes en difficulté avec l'alcool et/ou d'autres produits psychotropes non prescrits, ainsi qu'avec des conduites menant à la dépendance. Concrètement il s'agit de promouvoir la construction de nouveaux projets de vie, par un encadrement bio-psycho-social personnalisé, assuré par des professionnels dans un lieu de vie et un rythme adaptés. L'objectif final étant la réinsertion socio-économique. Le personnel d'accueil se compose d'infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux et maîtres d'enseignement professionnel.

La fondation a par ailleurs à disposition deux sites : L'Estérelle à Vevey (26 places) et L'Arcadie à Yverdon (22 places).

La durée de séjour oscille entre six semaines et six mois. En 2009, la FEA a accueilli en traitement résidentiel 128 résidents. Plus des $\frac{3}{4}$ de ces séjours (76.5 %) ont été réalisés en cours d'année. L'âge moyen de ces personnes dépendantes à l'alcool et/ou à d'autres produits psychotropes, motivées au changement, a été de 44 ans ; depuis trois ans, il y a un rajeunissement tangible de la population accueillie. La répartition entre les hommes et les femmes est de deux tiers un tiers. La durée moyenne d'un séjour a été de 115 jours, alors qu'elle était de 126 jours en 2008 et 144 jours en 2007. La FEA a aussi accompagné de manière ambulatoire 102 personnes (+29 %) dans un projet de maintien de l'abstinence.

A noter que la clientèle accueillie au sein de la fondation paraît avoir changé. En effet, des troubles psychiques et/ou physiques paraissent être de plus en plus présents dans la population accueillie, compromettant directement les projets socioprofessionnels.

Depuis janvier 2009, la FEA propose une résidence en appartements protégés afin de permettre la transition entre le cadre protégé de l'Estérelle et de l'Arcadie et la confrontation avec la vie extérieure.

3.2 Institutions ambulatoires

En dehors des institutions mixtes qui proposent un suivi ambulatoire distinct, quelques institutions des cantons romands offrent uniquement des prestations de type ambulatoire. A l'image des institutions résidentielles, ces dernières sont spécialisées dans une seule substance. Seuls les institutions du canton du Valais concernent les deux types de substances consommées. On dénombre ainsi, pour l'ensemble de la Suisse romande, six institutions offrant des prestations pour les toxicodépendants, quatre institutions s'adressant aux alcooliques et une institution générale répondant aux deux substances de consommation.

3.2.1. Toxicodépendance

Six institutions ambulatoires sont destinées aux toxicodépendants.

a) Drop-In (canton de Neuchâtel)

Le Drop-In de Neuchâtel est un centre ambulatoire médicalisé spécialisé de formation, d'information, prévention et traitement des addictions avec ou sans substance(s) pour jeunes et adultes, toxicomanes ou non. Chacun vient au centre librement, l'anonymat peut être respecté, chaque personne qui consulte bénéficie du secret médical. Des traitements sont proposés quels que soient le ou les produits utilisés, le type d'usage (récréatif, abusif et dépendant) et le stade de motivation de la personne consommatrice. Le Drop-In est animé par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, d'infirmiers en psychiatrie, d'assistants sociaux, de psychologues, de psychothérapeutes, d'éducateurs spécialisés, de travailleurs sociaux, etc...

Le Drop-In intervient aux trois niveaux de prévention et propose:

En prévention universelle :

Des séances d'information à tout groupe ou personne qui en font la demande.

- Aux adultes: particulièrement les parents, les enseignants, les éducateurs et toute instance concernée.
- Aux adolescents: tous ceux qui le demandent, plus spécifiquement dans le cadre de la préparation d'un exposé pour l'école, d'une discussion au sein d'un groupe de jeunes etc.

En prévention indiquée :

- Le Râteau (www.rateau.ch), bistro-ado, une structure à visée préventive destinée aux adolescents de 12 à 18 ans, espace sans alcool, sans drogue, sans violence avec une présence de professionnels. Cet espace propose entre autre Coaching scolaire, groupe de parole (agorado), entretiens individuels et/ou avec les parents.
- Un programme « cannado », à disposition des parents, de la justice et des écoles, qui propose aux adolescents et à ses parents, 2 entretiens avec l'adolescent pour évaluer sa consommation et ces éventuelles conséquences, 1 entretien avec les parents pour les écouter les informer et les soutenir ainsi qu'un entretien avec la famille pour faire le bilan de la situation et si nécessaire envisager un suivi à plus long terme.
- Une structure de thérapie pour adolescents, jeunes adultes et parents.
- Des possibilités de psychothérapies.
- Des possibilités de soutien pour des «intermédiaires privilégiés».

En prévention sélective :

- Dans le cadre du Drop-In, la notion de prévention sélective recouvre les soins médico-psycho-sociaux aux personnes toxicomanes, les efforts faits pour leur réinsertion sociale ainsi que les mesures prises pour tenter d'éviter les rechutes. Le modèle de soins, le principe de la «boîte à outils» est appliqué. L'offre thérapeutique est adaptée à la problématique du patient et s'appuie sur les modèles psychodynamiques, systémiques et cognitivo-comportementaux. Les prises en charge se complètent, au besoin, par un soutien social et/ou des offres pharmacologiques telles que cure de substitution et/ou médication psychotrope.
- Le soutien psychologique des familles ou des parents d'enfants toxicomanes lorsque cela est possible.
- Un secteur d'aide à la survie, Le 13Ouvert qui permet l'approche des personnes toxicodépendantes actives en voie de marginalisation ou déjà marginalisées. Cette antenne de proximité propose de nombreuses prestations: repas, soins de base, conseils et orientation dans le réseau socio-sanitaire, bureau social et de nombreuses activités occupationnelles.

Dans son fonctionnement Le 13Ouvert a une « double porte d'entrée» :

Un accueil et des services ciblés à disposition des usagers sous la forme d'un bar, une infirmerie, une buanderie, un soutien social et un bistrot social.

- Une (ré)insertion via des activités occupationnelles individualisées principalement dans le cadre du bistrot social, du jardin potager, de l'entretien des locaux et de divers ateliers (buanderie, couture, menuiserie, céramique).

b) CAPTT ou Centre d'Aide, de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie (canton de Neuchâtel)

Le CAPTT (Centre d'Aide, de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie), situé à Fleurier, ce centre s'adresse aux habitants du Val-de-Travers, intègre dans ces activités les trois niveaux de préventions : prévention primaire dans le but d'éviter l'apparition de comportements auto-dommageables ; prévention secondaires afin d'enrayer ou diminuer l'aggravation d'une situation déjà en risque et enfin prévention tertiaire avec comme principaux objectifs de donner des soins, prévenir la rechute et favoriser la réinsertion. Les actions du CAPTT sont diverses : projets de promotion de la qualité de vie auprès des adolescents ; accompagnement médico-psycho-social de personnes dépendantes (programme de substitutions ; distributeur-échangeur de matériel d'injection, psychothérapie, etc.) ; entretiens individuels ; soutien à l'entourage et la famille ; programme de pré-insertion professionnel (atelier multimédias ; Ombre-AZUR : instance de préparation à l'insertion) ; activités de prévention de la rechute ; accueil à seuil bas ; activités de réduction des dommages.

Le personnel du centre se compose d'un médecin, un psychologue, une laborantine infirmière, deux psychologues et psychothérapeutes, des éducateurs spécialisés, des assistants sociaux et un maître d'atelier. Durant l'année 2006, on dénombre le traitement de 72 dossiers dont 33% de femmes et 67% d'hommes, avec 52% de plus de 36 ans ; 36% 25-35 ans et 12% 20-24 ans. On peut relever également la présence de 66 toxicomanes dont 11 non-substituées et 55 substituées.

c) CPTT ou Centre de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie (canton de Neuchâtel)

Le CPTT, Centre de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie, situé à La Chaux-de-Fonds, a comme mission l'accompagnement psychosocial des personnes addictives, le plus souvent polytoxicomanes, habitant les Montagnes neuchâteloises. Les activités du centre sont similaires aux CAPTT (Centre d'Aide, de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie). Le centre intervient également dans les trois secteurs de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). L'équipe du CPTT se compose essentiellement de psychothérapeutes et d'infirmiers. En 2006, le centre a pris en charge 231 personnes dont 35% de femmes et 65% d'hommes.

Le travail du Seuil, qui constitue l'antenne d'accueil du CPTT, est le lieu dans lequel les plus marginaux, les plus marqués par la paupérisation peuvent trouver un accueil et des aides multiples (aide à la santé physique et psychique, aide à la vie quotidienne, aide sociale, aide à l'intégration). A noter également, l'activité de La Girandole qui offre un repas le mercredi soir, des entretiens personnels et la distribution de seringues. En effet, le centre poursuit son travail comme un lieu de confiance pour l'échange de seringues, le pourcentage de restitution reste par ailleurs élevé (environ 90%).

d) Action Communautaire et Toxicomanie (ACT) (canton de Vaud)

L'Association pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie est le comité exécutif des éducateurs sur le terrain désigné par l'appellation ACT ou Action Communautaire et Toxicomanie. Le centre d'accueil, situé à Vevey, est destiné aux adultes en difficultés sociales et/ou toxicodépendants (prestations dites « bas seuil »). Traditionnellement, ces prestations sont liées à l'hygiène personnelle, à l'alimentation et à la réduction des risques de consommation (lessive, soins de base, aide alimentaire, repas communautaires, matériel stérile d'injection). L'objectif de l'association est de permettre aux usagers de restaurer les liens avec eux-mêmes, leurs proches et la société. Cinq axes d'action ont été privilégiés : accueil et action communautaire ; approche genre ; réduction des risques ; Travail Social Hors Murs ; prévention en milieu scolaire.

Le personnel d'accueil se compose d'une psychologue communautaire, d'une infirmière, de plusieurs éducateurs spécialisés et d'une maître socio-professionnelle. En 2007, 229 dos-

siers ont été traités. De plus, la même année une quinzaine d'usages ont été soutenus dans leur gestion financière.

e) Entrée-de-Secours (EdS) (canton de Vaud)

L'Association Entrée de Secours accueille, dans son centre ambulatoire de Morges, les personnes toxicodépendantes de l'Ouest vaudois et leurs proches. Elle intervient dans les piliers de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques, en proposant une large palette de prestations psycho-sociales et médicales. L'accueil est à seuil bas et l'accompagnement individualisé en fonction des besoins et du réseau de la personne.

Entrée de Secours a pour objectif de contribuer à un mieux-être de ses usagers par une amélioration de leurs conditions de vie sociale, physique et psychique, d'éviter leur marginalisation par l'insertion sociale et/ou professionnelle et l'atteinte d'une autonomie, de réduire les risques et les dommages liés à la consommation de produits stupéfiants.

EdS a aussi pour objectif de permettre aux proches de personnes toxicodépendantes de trouver des ressources pour faire face à leurs difficultés et de soutenir le dispositif socio-médical régional.

EdS propose :

- un espace d'accueil collectif permettant un contact informel avec le personnel du centre, un accès à de la documentation et des informations diverses, ainsi qu'à des prestations de base (alimentation, douche, machine à laver) et du matériel d'injection stérile.
- des suivis-accompagnements psycho-sociaux individualisés, avec des entretiens de soutien et motivationnels, des aides administratives, un accompagnement dans l'utilisation du temps libre et dans la gestion de la vie quotidienne; complétés par de la thérapie à bas seuil d'accessibilité (thérapie cognitive et comportementale) et un accès à des consultations psychiatriques.
- des prestations médicales et paramédicales : traitement médical de la dépendance (substitution – sevrage), accès aux soins médicaux de première nécessité, soins infirmiers, remise de la médication.
- de l'orientation dans le réseau socio-sanitaire. Elle accompagne les personnes dans leurs démarches vers des structures médicales ou sociales, ou encore pour une admission en institution thérapeutique résidentielle.

f) Zone Bleue (canton de Vaud)

Association du canton de Vaud, situé à Yverdon-les-Bains, Zone Bleue est un centre d'accueil, d'orientation et de prévention pour personnes touchées par la toxicomanie. Ce centre est par ailleurs similaire à l'ACT (Action Communautaire et Toxicomanie). Depuis juin 1997, Zone Bleue a développé des prestations destinées à une clientèle composée de personnes toxicomanes ainsi qu'à leur entourage privé ou professionnel. Il s'agit d'une structure à bas seuil dépendant de l'Association en Faveur des Personnes touchées par la Toxicomanie (AFPT).

L'objectif général de Zone Bleue consiste à accompagner les usagers dans un questionnement à propos de l'utilité et des implications de la consommation, tout en évoquant la possibilité d'exister sans consommation et en réveillant le désir de changement. Les mesures adoptées sont : offrir des prestations et un accompagnement spécialisé visant au maintien de la santé physique et psychique ainsi que du lien social, à la réhabilitation sociale et à l'abstinence chaque fois que cela est envisageable ; créer un lieu d'information, de pré-

vention et de coordination à disposition des réseaux médicaux et sociaux ; gérer un centre d'accueil de jour pour personnes vivant des problèmes de toxicomanie. En d'autres termes, la mission de l'association est ACCOMPAGNER (Accueillir – Offrir – Informer – Soutenir – Orienter – Prévenir).

L'équipe est composée de deux éducateurs spécialisés, d'infirmiers, d'assistants sociaux, d'un médecin-psychiatre consultant rattaché à l'unité de psychiatrie ambulatoire du Nord vaudois, et d'un médecin-psychiatre assistant consultant. En 2007, 12'321 usagers ont été accueillis dont 64% d'hommes et 36% de femmes.

Parler de la mission de réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives (échange de matériel d'injection, mise à disposition de matériel pour les autres formes de consommation), information, hygiène, soins infirmiers de base.

Prestations de base douche et lessive, alimentation, démarches administratives, etc.

3.2.2. Alcoolisme

Quatre institutions ambulatoires proposent des prestations aux personnes souffrant d'alcoolisme.

a) Croix-Bleue (CB) (cantons de Neuchâtel, Genève et Vaud)

Fondée en 1877 par Louis-Lucien Rochat, la Croix Bleue (CB) est une association à dimension internationale dont le but est de venir en aide aux personnes dépendantes à l'alcool, ainsi qu'à leurs familles et proches en leur proposant un accompagnement compétent, humain, empreint de respect et d'authenticité. En Suisse romande, l'association est présente dans plusieurs cantons en particulier Neuchâtel, Genève, Vaud et Jura bernois et Bienne romande.

La Croix-Bleue place la personne au centre de ses préoccupations et considère l'humain dans sa globalité bio-psycho-socio-spirituelle. L'association accompagne également les personnes qui le souhaitent dans une démarche spirituelle chrétienne. L'abstinence apparaît comme le meilleur traitement possible pour certaines personnes. Ses champs d'action sont la prévention, le conseil et l'accompagnement. Ses offres se traduisent plus concrètement par une ligne d'écoute, des groupes de rencontre, des stages de développement personnel, des camps et week-end ouverts à tous ou encore des activités occupationnelles (création artisanat).

L'accueil est assuré par un personnel de formation variée (sociale, psychologue, maître socio-professionnel et spirituelle) avec également la présence d'assistants sociaux, psychologue et d'éducateurs. En 2009, on relève pour l'antenne vaudoise l'accueil de 466 personnes, pour le canton de Neuchâtel 200 entretiens et pour le canton de Genève 142 personnes.

La Croix-Bleue Jura bernois a suivi 35 personnes en 165 entretiens et 69 brefs contacts.

b) CENEA ou Centre Neuchâtelois d'Alcoologie (canton de Neuchâtel)

Le CENEA, Centre Neuchâtelois d'Alcoologie, dispose de trois antennes dans le canton de Neuchâtel, à savoir Le Locle, La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel. Le centre s'occupe à la fois de la prévention, mais également du traitement en matière d'alcoolisme. Il privilégie deux axes dans ses activités :

- la prise en charge plus efficace des comorbidités psychiatrique ;

- la prise en charge individuelle par la mise en place de groupes spécifiques et la création d'un environnement favorisant l'amélioration des compétences relationnelles et sociales des patients les plus démunis.

Différentes mesures sont adoptées, telles que Alcochoix (programme ayant pour but d'adopter et de maintenir une consommation contrôlée) ; D+IP (Détection et intervention précoces) ; « Be my angel tonight » (concept du conducteur désigné) ; prévention en milieu scolaire, entretien de couple et famille, etc.

L'équipe est constituée de trois infirmiers, deux infirmiers en soin psychiatriques, un médecin généraliste consultant, un médecin interniste consultant, une assistante sociale, un éducateur spécialisé. En 2007, le nombre de dossiers traités pour les trois antennes confondues fut de 475, dont 31% concernent les femmes et 69% les hommes. On relève également une majorité de personnes dans la tranche d'âge des 50-59 ans (148 dossiers) et des 40-49 ans (133 dossiers) [- de 20 ans : 5 dossiers ; 20-29 ans : 25 dossiers ; 30-39 ans : 90 dossiers ; 60-69 ans 57 dossiers et + de 70 ans : 17 dossiers].

c) Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme (FVA) (canton de Vaud)

La FVA ou Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme propose accompagnement et soutien des personnes souffrant d'un problème d'alcool et de leurs proches. Elle est implantée dans 8 bureaux régionaux répartis dans tout le canton de Vaud. Elle reçoit des personnes des deux sexes, de tous âges et de toutes conditions familiale, sociale et professionnelle. Son secteur social est composé de 12 intervenants sociaux spécialisés en alcoologie, soit 8,4 EPT. En 2009, sur un total de 2695 clients connus, 783 dossiers étaient actifs dont 266 nouveaux, 52 réouvertures et 282 fermetures.

La mission de la fondation est l'accompagnement des personnes ayant une problématique d'alcool sur une base volontaire, l'accompagnement de proches de personnes ayant une problématique d'alcool, dépistage, orientation, évaluation et coordination avec le réseau, information et consulting auprès des professionnels non spécialisés, formation. La FVA est présente également dans le domaine de la prévention primaire et secondaire qui consiste à agir de manière anticipée et vise à déceler aussi précocement que possible les risques manifestes ou les signes cliniques d'un éventuel processus pathologique. Son secteur prévention compte 5 collaborateurs, soit 3,8 PET.

Plus concrètement, les mesures adoptées par la FVA sont : mesures de soutien pour éviter les rechutes ; prévention chez les jeunes ; cours de sensibilisation ; offre de formation et de coaching ; accompagnement thérapeutique ambulatoire ; prestations socio-éducatives ; accompagnement auprès de l'entourage et la famille ; favoriser la réadaptation sociale et socioprofessionnelle ; diverses actions («Prévention des dépendances dans les écoles vaudoises», « Be my angel tonight », « La Teuf sans risque ! », « T'assures... t'es sûr ? », « Les communes bougent ! », etc).

Par ailleurs, depuis avril 2010 la FVA s'est vu confier par le Département de la santé et de l'action sociale la direction du nouveau dispositif d'indication appelé EVITA pour Evaluation, Indication, Traitement, Accompagnement. Ce dispositif, mené en collaboration avec le Service d'alcoologie du CHUV, permet d'orienter les personnes dépendantes de l'alcool vers un traitement adapté, au bon moment et pour la bonne durée. Il redéfinit l'accès au réseau de soins résidentiel spécialisé, dans le sens où les séjours seront pris en charge pour autant que les usagers soient passés par le dispositif d'indication.

3.2.3. Alcoolisme et toxicodépendance

Une institution propose des prestations destinées à la fois aux personnes rencontrant un problème avec l'alcool et aux toxicodépendants.

CAP (Centre d'Aide et de Prévention) (canton du Valais)

Le CAP ou Centre d'Aide et de Prévention possède différentes antennes dans l'ensemble du canton du Valais, à savoir deux CAP en Bas Valais (Monthey et Martigny) ; deux CAP en Valais central (Sion et Sierre) et un CAP en Haut Valais (Brig). Les services de ces institutions ambulatoires s'adressent à la fois aux toxicodépendants et aux alcooliques. On dénombre néanmoins, en 2007, davantage de personnes admises pour un problème d'alcool : alcool (72,1%) ; cannabis (24,7%) ; héroïne (10,1%) et la cocaïne (8,4%). Le nombre de clients suivis en 2007 dans le secteur ambulatoire (ayant eu un dossier ouvert) est de 1733. L'âge moyen des personnes est de 39,1 ans.

Les buts et objectifs des CAP sont réalisés en offrant à leurs clients les prestations suivantes :

- des prestations de prévention (cours et informations dispensés aux personnes confrontées à un problème d'addiction et à leurs proches, mais aussi au personnel spécialisé et à des groupes cibles particuliers) ;
- des prestations de conseil et d'aide aux personnes souffrant d'addiction ;
- des prestations de conseil et d'aide aux proches

L'objectif des CAP est d'informer la population valaisanne des risques et dangers liés aux addictions, tout en agissant sur les habitudes de consommation. Le but final est donc de diminuer les impacts négatifs des addictions en offrant des services ambulatoires professionnels, personnalisés et de proximité à toute personne confrontée à une addiction.

3.3. Institutions mixtes

Les institutions mixtes, qui se composent à la fois d'institutions résidentielles et d'institutions ambulatoires, sont des structures se regroupant le plus souvent dans le cadre d'une fondation. Quatre institutions s'adressent aux personnes rencontrant un problème de toxicodépendance et deux autres institutions offrent des prestations destinées à la fois aux personnes rencontrant des problèmes d'alcoolisme et de toxicodépendance.

3.3.1. Toxicodépendance

a) Fondation Le Tremplin (canton de Fribourg)

La fondation Le Tremplin a comme objectif la prise en charge de toute personne en difficulté, à la suite de problèmes liés à la toxicomanie, et ce, principalement en vue d'une réinsertion socioprofessionnelle. Il comprend un secteur résidentiel « Le Parcours Horizon », situé à Pensier et quatre secteurs d'activités ambulatoires en ville de Fribourg : Service social ; Centre de jour « Au Seuil », Ateliers de Fribourg et Centre Empreinte .

L'offre résidentielle au sein du « Parcours Horizon » est destinée à des personnes abstinentes ou sous traitement de substitution dans un objectif d'insertion socio-professionnelle. L'institution, qui réunit le « Foyer Horizon » (14 places) et « l'Atelier Horizon » est le fruit d'une restructuration devenue effective durant l'année 2006. La durée du séjour varie entre 10 à 18 mois (personnes sevrées ou prêtes à entreprendre un sevrage). Le taux d'occupation de l'année est de 85% avec des résidents uniquement fribourgeois.

L'offre institutionnelle mise en place dans le cadre de la réduction des risques est assurée par le Tremplin dont le centre de jour dit « Au Seuil » accueille quotidiennement, durant les jours ouvrables, entre 30 et 100 personnes. Parmi ses prestations figurent notamment la distribution de matériel d'injection, des repas, l'accès à des douches et machines à laver le linge, ainsi que des activités de loisirs.

Concernant l'offre ambulatoire, les interventions du Tremplin relèvent de l'accompagne-

ment social de proximité (en 2007, on dénombre plus de 270 personnes toxicodépendantes et plus de 4'800 entretiens, dont 1'400 avec les familles et partenaires sociaux et médicaux), de la réduction des risques, de l'occupation et de la réinsertion socio-professionnelle, ainsi que de la prévention en particulier au niveau du VIH/Sida dans le cadre d'Empreinte. Ce dernier secteur offre différentes prestations au niveau de l'information, l'animation, le soutien, ainsi que diverses actions (prévention et information, interventions-témoignages, centre de documentation, travail en réseau, etc.). A noter qu'en 2007, les ateliers du Tremplin à Fribourg ont accueilli 49 personnes dont 14 femmes.

b) L'association ARGOS (canton de Genève)

L'association ARGOS située dans le canton de Genève est composée d'un centre ambulatoire, de deux institutions résidentielles et d'un secteur ateliers.

Le centre ambulatoire L'Entracte est situé en ville de Genève, composé de 5 collaboratrices ils accueils et suivent les personnes désireuses d'entreprendre une démarche de soin, le centre s'occupe des admissions résidentielles. Le centre suit 280 personnes en file active avec 3500 passages, et réalise 60 entrées résidentielles en moyennes annuelles.

Le CRMT à Thônex, qui peut accueillir 15 personnes et dispose de deux lits d'urgence, permet à des personnes sevrées ou en cure de maintenance à la méthadone de faire le point sur leur situation globale.

Le Toulourenc à Troinex, pouvant accueillir jusqu'à 10 personnes, offre un accompagnement et un traitement a des personnes sevrées ou en cure de méthadone.

La durée moyenne du séjour varie entre un et douze mois au CRMT et de douze à dix-huit mois au Toulourenc. Le CRMT permet de faire le point sur la situation globale (somatique, psychologique, administrative, etc.), de définir les objectifs et de prendre soin des besoins. L'offre du Toulourenc est de permettre aux résidants, par l'intermédiaire notamment d'un programme d'accompagnement individualisé, de regagner une confiance personnelle et une estime de soi suffisante dans le but de retrouver une place au sein de la société. Un programme de « semi résidentielle » est proposé aux personnes qui se trouvent dans la phase finale d'insertion.

En 2007, le taux d'occupation des centres était de 78,5% pour le CRMT et de 84,5% pour Le Toulourenc. L'encadrement est assuré par neuf éducateurs, trois veilleurs pour Le Toulourenc et de neuf éducateurs et trois veilleurs pour le CRMT. Trois maîtres socio-professionnel et une responsable composent les secteur des ateliers.

L'association veille à ce que chaque résidant qui quitte l'institution dispose d'un logement, d'un travail et d'un suivi de post-cure, ainsi que d'une psychothérapie. Ce suivi post séjour est offert par l'ambulatoire L' Entracte.

L'objectif de l'association est d'offrir un soutien adapté aux besoins de chacun en vue d'améliorer ses conditions et sa qualité de vie. Il s'agit notamment d'agir contre l'exclusion et d'encourager l'insertion, d'accueillir et soutenir la démarche de soin, d'améliorer les conditions et la qualité de vie.

c) Fondation du Levant (canton de Vaud)

La mission de la fondation du Levant consiste à offrir un cadre ambulatoire et résidentiel permettant l'accueil et le soutien de toute personne concernée par la toxicodépendance, le HIV et toutes autres formes de dépendances.

L'accompagnement est interdisciplinaire et adapté aux personnes par rapport à «là où elles en sont» et qui entend se baser sur les principes de l'approche motivationnelle.

La démarche incite les personnes dépendantes à expérimenter un éloignement des produits

psychotropes à leur rythme et à travailler l'autonomie financière et socioprofessionnelle ainsi que la capacité à réguler ses distances relationnelles et son vécu émotionnel. La prise en charge interdisciplinaire en adéquation avec les besoins de la personne est assuré par des éducateurs, infirmiers, psychologues, thérapeutes et médecins (dont psychiatrie).

Dans le cadre résidentiel, la fondation offre trois secteurs différenciés :

- Le CTR (Centre de Traitement et de Réinsertion) propose 21 places d'une durée indéterminée suivi d'une post-cure ambulatoire. Ses objectifs sont l'accompagnement de personnes souhaitant un traitement aboutissant à une réinsertion socio-professionnelle, totale ou partielle. L'objectif visé est la triple autonomie, à savoir : l'indépendance vis-à-vis de la consommation de tout produit psychotrope ; l'autonomie financière, la capacité à réguler ses distances relationnelles et son vécu émotionnel.
- Le Soleil Levant (12 places) propose une prise en charge de personnes atteintes par le HIV, un encadrement médicalisé, un accompagnement de type médico-psychosocial, des projets individualisés et un cadre de vie communautaire de type familial. La durée de séjour est déterminée en fonction des besoins. Le centre accompagne les résidents dans leur travail d'acceptation de la maladie et des conséquences de cette dernière sur leur identité et leur image. Il suscite un travail sur les motivations et la responsabilisation face à la maladie. Le Soleil Levant se veut d'offrir également un travail motivationnel et de soutien psychiatrique pour les personnes encore fragiles par rapport à leur dépendance ou leur instabilité psychique.
- CASA (Centre d'Accueil à Seuil Adapté) offre 22 places réparties sur deux sites différents (ferme de la «Pichollette» au Mont sur Lausanne et «Les Terrasses» à Epalinges). Le type de prise en charge inclut largement l'approche éducative et psychiatrique et adapte son cadre et son programme en fonction des capacités des personnes. Le travail d'accompagnement insiste également sur la possibilité d'expérimenter un éloignement avec la zone et les produits psychotropes. Cette approche permet notamment de mieux poser les diagnostics psychiatriques pour les personnes souffrant de co-morbidité. Le secteur «CASA» offre à la population-cible désignée la possibilité d'envisager une réinsertion partielle socio-professionnelle et/ou une reprise de rythme de vie par des occupations enrichissantes et motivantes (culture en jardin biologique, ateliers divers, contact avec animaux de ferme et activités de loisirs diverse.)
- Le CAP (Centre d'Aide et de Prévention) propose un suivi ambulatoire volontaire et en aide contrainte, spécialisé dans les problèmes de dépendance et en proche collaboration avec le réseau. Ce secteur offre également la possibilité aux proches des personnes dépendantes d'être accompagnées et soutenues. Les approches théoriques font référence à l'attitude motivationnelle, les thérapies systémiques, cognitives et comportementales.

La Fondation du Levant offre également des ateliers d'occupation et de création (menuiserie, brocante, céramique) ainsi qu'un atelier d'art thérapie en collaboration proche avec les autres secteurs de l'institution et le réseau de soin.

- Les ateliers « Puissance L » - Formation et insertion professionnelle – qui compte 48 places en emploi temporaires subventionné (ETS) s'adressent aux personnes pouvant bénéficier des mesures du marché du travail ou du revenu d'insertion, plusieurs pour les MIS (Mesures d'Insertion Sociales) ou MIP (Mesures d'Insertion Professionnelle) et toutes autres personnes envoyées par le réseau. Ce secteur accueille également les résidents de la Fondation en phase de réinsertion socio-professionnelle avec tous les outils demandés par le marché du travail ou les partenaires (par exemple l'AI).

d) Fondation Le Relais (Canton de Vaud)

La Fondation Le Relais active dans le canton de Vaud depuis 1971, est destinée aux personnes momentanément ou durablement exclues des sphères sociales et professionnelles. Offrir une meilleure qualité de vie à ces personnes en proposant des passerelles qui facilitent l'accès au logement, aux soins, au marché du travail, à la formation, aux revenus et à leur gestion, ainsi qu'aux activités créatives et récréatives. Plus d'une centaine de collaborateurs qualifiés dans différents domaines (éducations spécialisées et travail social, métiers enseignés et pédagogies, psychologie et santé, économie et commerce, sciences politiques et sociales, conseil et orientation professionnels) assure l'encadrement.

Dans le cadre de l'intervention résidentielle, le Foyer-Relais à Morges (14 places dont 3 chambres pouvant accueillir des couples) assure un accompagnement socio-éducatif auprès d'adultes étant confronté à des situations d'exclusion (difficultés d'insertion sur le marché du travail, précarité liée au logement, isolement social, manque de repères dans la société, etc.). La durée du séjour varie en principe de 3 à 6 mois, avec une possibilité de prolongement de 6 mois. 36 personnes ont bénéficié de leurs prestations dont trois couples en 2009. Les actions socio-éducatives visent l'autonomie et interviennent dans divers domaines : reconstruction identitaire et relationnelle, mise en place et valorisation des réseaux, recherche d'emploi et de logement, apprentissage des démarches administratives et financières, gestion du quotidien et du temps libre.

Dans le contexte ambulatoire, différentes structures facilitant l'accompagnement socio-éducatif en milieu ouvert ont été mises en place. Ces structures s'adressent plus généralement à des personnes en difficultés sociales :

ASEMO : structure socio-éducatif en milieu ouvert situé à Lausanne, avec prises en charge « à la carte ». L'objectif est un encadrement de qualité visant à l'épanouissement et à l'autonomisation des personnes fréquentant leurs services.

Relais-Contact : structure d'aide ambulatoire située à Yverdon-les-Bains. Service social dont les prestations s'adressent aux adultes qui rencontrent de grandes difficultés sur le plan social, familial, professionnel ou autre. Travail sur différents thèmes (conditions d'hygiène, habitudes alimentaires, rapport au voisinage, utilisation des infrastructures et respect, organisation de la vie quotidienne). L'accompagnement est adapté aux problématiques soulevées et aux capacités de la personne demandeuse.

SPI (Suivi Post-Institutionnel) : situé à Morges, il s'agit d'un service d'action socio-éducatif en milieu ouvert. Cette institution propose, à la sortie du Foyer, un accompagnement qui peut se poursuivre par une collaboration, dans la perspective d'une réinsertion.

Relais 10 : milieu ouvert situé à Lausanne proposant un accompagnement à des personnes porteuses de maladies virales (VIH, hépatites) dans le but d'améliorer leur santé physique, psychique et sociale. L'encadrement est individualisé et s'organise autour des objectifs définis avec les bénéficiaires. La plupart des personnes sont polytoxicomanes.

Rel'Aids : prévention hors-murs : la spécificité de la démarches Rel'Aids est de travailler directement dans les contextes de vie des personnes en difficulté. L'équipe est composée de quatre travailleurs sociaux qui interviennent rapidement auprès de la population confrontée à une problématique touchant la consommation de drogues illégales.

Entreprise d'insertion : ou Relais-Services, proposent des postes de travail en formation professionnelle et en reprise de projet professionnel à tout adulte momentanément ou durablement en difficulté. Actives dans les secteurs du bâtiment et de l'entretien, de l'alimentation et du secrétariat, elles proposent l'accès à des métiers artisanaux et de services.

Cefil : Centre d'études et de formation intégrée du Léman, établit à Morges ainsi qu'à Lausanne et à Genève propose des mesures d'insertion et de formation élémentaire. Son

but est de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des adultes. Des programmes de formation et d'activités socioculturelles sont proposés.

Impulsion : centre de formation situé à Renens proposant des mesures d'insertion axées sur les actions psychosociale, socioculturelle et socioprofessionnelle. Tant pour les jeunes adultes en recherche de formation que pour les personnes à la redécouverte d'un lien social et d'un rythme.

Elan : programme de réinsertion professionnelle où chaque participant bénéficie d'un coaching individualisé. Ce dispositif permet à des personnes en grandes difficultés de pouvoir faire évoluer leur réintégration dans la société. Il permet aussi, en se confrontant très rapidement aux réalités d'une réinsertion, d'avoir une information fiable sur ses capacités et, de ce fait, de prendre les bonnes décisions concernant son avenir.

Rel'ier : (Relais Information et Réseau) : Sans offrir de prestations directes aux personnes en difficulté, cette structure située à Lausanne s'inscrit dans le champ de la prévention des toxicodépendances. Elle a pour but de favoriser le travail en réseau entre les acteurs concernés vaudois et lausannois, renforcer les liens interinstitutionnels et apporter son appui lors de la mise en place de projets. La diffusion d'informations auprès des partenaires et du grand public fait aussi partie des axes de travail.

3.3.2. Alcoolisme et Toxicodépendance

a) Fondation Dépendances : Clos-Henri et trans-At (canton du Jura)

La Fondation Dépendances dans le canton du Jura offre des prestations à des personnes rencontrant des problèmes de dépendances à diverses substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments).

Dans le cadre résidentiel, la Fondation exploite le centre de traitement et de réadaptation Clos-Henri (14 places), situé au Prédame, commune des Genevez. Clos-Henri est par ailleurs la seule institution résidentielle du canton. A noter que concernant les personnes alcooliques, un sevrage est demandé avant toute admission. L'équipe pluridisciplinaire se compose d'éducateurs spécialisés, d'infirmières et de maîtres socio-professionnels (intervenant en dépendances), de personnel administratif, de maison et d'intendance, d'un psychologue FSP, et d'un médecin (env. 20%). Un art-thérapeute et un praticien de shiatsu (collaborateurs externes) complètent les prestations de l'équipe.

La durée de séjour s'échelonne entre 6 semaines et 12 mois. Elle se présente sur la base de deux modules : module de base d'une durée de 6 semaines (stabilisation et évaluation de l'autonomie) ; module complémentaire d'une durée maximum de 12 mois (changement et consolidation).

Dans le contexte ambulatoire, la Fondation Dépendances exploite les sites de trans-AT, situés à Delémont et Porrentruy. L'institution propose un accompagnement sous la forme de suivi psychosocial individuel ou de groupe (famille), ainsi que des suivis à domicile. Un autre objectif s'articule sur les prestations de réduction des risques par l'intermédiaire notamment de la mise à disposition de matériel d'injection stérile ou de préservatifs ou encore de conseils concernant l'hygiène d'injection. trans-AT est actif également dans le cadre de la prévention (prévention dans les écoles, prévention communautaire, centre de documentation). L'institution propose en outre des activités ponctuelles (ateliers, loisirs, sport, activités culturelles). Le personnel se compose d'un médecin (à env. 60% - le même qui fonctionne sur le site de Clos-Henri), ainsi que de personnels formés en psychologie, sciences sociales, éducation et soins infirmiers.

b) La Fondation Les Oliviers dans le canton de Vaud a comme mission l'accompagnement de personnes en difficultés par rapport à leur consommation de produits psycho-

tropes. Plus globalement, l'institution apporte un soutien à la fois aux alcooliques et plus largement aux polytoxicomanes. L'objectif de la fondation est d'aider les usagers à retrouver leur autonomie personnelle et faciliter leur réinsertion sociale et professionnelle

Les Oliviers offrent des prestations en résidentiel sur deux sites : la Clochette au Mont sur Lausanne (48 lits) et la Pontaise (50 lits) à Lausanne. Reconnus comme entreprise formatrice, la fondation offre, dans le cadre de ses ateliers, toute une série d'apprentissages : menuiserie, polymécanicien, polygraphe, relieur industriel, nettoyeur en bâtiment, horticulteur paysagiste et employé de commerce (site Oli'one, formation et réadaptation : 41 places ; site Olbis, formation et réinsertion professionnelle : 78 places ; site Olijour, activités artisanales). L'équipe pluridisciplinaire (115 personnes) se compose pour les différents sites d'un médecin référent, de psychologues, infirmiers, éducateurs spécialisés, assistants sociaux, animateurs, veilleurs et maîtres socio-professionnels.

L'accueil résidentiel est un lieu de vie à durée indéterminée qui s'adresse aux personnes vivant bien leur abstinence et voulant conserver leur indépendance tout en bénéficiant des apports de la vie communautaire, avec recours possible en cas de besoin au personnel socio-éducatif et infirmier des Oliviers.. Ce programme est particulièrement destiné aux personnes bénéficiant d'une rente AI et de prestations complémentaires.

La prise en charge résidentielle se propose de donner à chaque participant la possibilité de faire à nouveau des choix. Elle s'adresse à toute personne pour qui la consommation d'alcool ou autre produit psychotrope engendre des conséquences néfastes au niveau personnel, familial, professionnel et/ou relationnel. Les diverses prestations sont adaptées aux besoins de l'utilisateur et s'adressent à la personne dans sa globalité par une approche bio-psycho-socio-spirituelle.

Les durées de séjour sont variables, de modules intensifs d'une semaine jusqu'à un accompagnement à long terme, selon la situation de départ et les objectifs convenus.

4. Synthèse

L'offre par canton est fort variable, voire inégale aussi bien au niveau du type d'offre institutionnelle (résidentielle – ambulatoire) que du type de substance prise en charge (drogue – alcool), ce qui crée par ailleurs un déséquilibre en vue d'une comparaison inter-cantonale. On relève que certains cantons tels que les cantons de Vaud, Neuchâtel, Valais et dans une moindre mesure Genève proposent des structures de prise en charge relativement complètes et variées aussi bien dans le cadre résidentiel que ambulatoire, même si la politique adoptée peut être différente. En effet, le canton du Valais se caractérise par la présence d'une association commune - la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) - qui englobe à la fois le secteur ambulatoire et résidentiel, d'où l'adoption d'une politique commune des deux secteurs et notamment une thérapie axée sur le principe de l'abstinence. Le canton de Fribourg dispose certes d'institutions pour chaque substance, mais dans le cadre du secteur ambulatoire, l'offre est davantage destinée aux personnes souffrant de toxicodépendance. Enfin, le canton du Jura dispose d'une offre plus restreinte, ceci s'explique notamment par la petite taille de ce dernier.

Dans un second temps, il est apparu judicieux de considérer l'ensemble de l'offre des cantons romands ; l'objectif étant de mieux évaluer l'offre effective à disposition. En effet, afin d'affiner l'analyse, une présentation des institutions en fonction de l'offre et du type de substance consommée est apparue pertinente dans le but d'obtenir une vision globale de l'offre en Suisse romande. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur trois critères essentiels, à savoir l'approche bio-psycho-social (centré sur l'utilisateur), les activités socio-éducatives et le secteur socio-professionnel.

Dans le cadre des institutions résidentielles destinées aux personnes toxicodépendantes, la plupart des foyers poursuivent un but de réinsertion socio-professionnel à l'image de l'association Le Radeau à Fribourg, des fondations Bartimée et La Clairière dans le canton de Vaud ou encore de Pontareuse rattachée à la fondation Goeland dans le canton de Neuchâtel. Les deux foyers de la LVT en Valais - François-Xavier Bagnoud et Rive du Rhône - se sont davantage concentrés sur la guérison et la réinsertion sociale de leurs usagers ; les activités proposées étant de l'ordre de l'occupationnel. Enfin, dans le canton de Neuchâtel, la fondation Ressources avec ses deux foyers : Foyer André - destiné aux toxicodépendants - tout comme Le Devens - qui s'adresse aux personnes ayant un problème d'alcoolisme - sont davantage caractérisés par le type de population accueillie (moyenne d'âge 57 ans pour le Devens ou encore l'encadrement de personnes handicapés sociaux pour le Foyer André).

Dans le cadre des institutions résidentielles concernant des personnes souffrant d'un problème d'alcoolisme, une majorité d'entre elles accentuent leurs activités en vue d'une réinsertion sociale, ce qui les différencie des interventions dominantes des institutions résidentielles destinées aux toxicodépendants. Il s'agit des foyers valaisans de la LVT (Villa Flora et Via Gampel dont la moyenne d'âge pour ce dernier est de 46 ans) ; de la fondation L'Epi destinée principalement aux personnes bénéficiant d'une rente Assurance Invalidité et de la fondation l'Estérelle-Arcadie toutes deux situées dans le canton de Vaud. On peut ajouter des institutions qui se caractérisent par leur population proche de l'âge de la retraite et avec des problématiques assez lourdes, il s'agit dans le canton de Neuchâtel de L'Auvent qui dépend de la fondation Goéland et Le Devens de la fondation Ressources déjà citée précédemment et enfin l'association L'Envol dans le canton du Jura. Ainsi, seules deux institutions ayant comme objectifs premiers la réinsertion professionnelle sont à relever, à savoir la fondation Le Torry à Fribourg et la Maison de l'Ancre à Genève.

Dans le cadre des institutions ambulatoires destinées aux toxicodépendants, les six institutions présentes essentiellement dans les cantons de Neuchâtel et Vaud œuvrent toutes, principalement, dans le cadre d'une réinsertion sociale avec un suivi psychologique important. Dans le canton de Neuchâtel on relève trois institutions : Drop In, CAPTT (Centre d'Aide, de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie) et CPTT (Centre de prévention et de Traitement de la Toxicomanie). Elles interviennent dans les trois niveaux de prévention : prévention primaire dans le but d'éviter l'apparition de comportements auto-dommageables ; prévention secondaires afin d'enrayer ou diminuer l'aggravation d'une situation déjà en risque et enfin prévention tertiaire avec comme principaux objectifs de donner des soins, prévenir la rechute et favoriser la réinsertion. L'une des caractéristiques des institutions ambulatoires est par ailleurs la distribution et l'échange de matériel d'injection ainsi que l'offre de soins infirmiers et psychothérapeutiques. C'est le cas notamment de ACT (Action Communautaire et Toxicomanie), Zone Bleue et Entrée de Secours pour le canton de Vaud ; cette dernière association intervient également dans des démarches de réinsertion professionnelle.

Concernant les institutions ambulatoires prenant en charge des personnes rencontrant des problèmes avec l'alcool, on relève trois institutions qui proposent un encadrement principalement axé dans le secteur de l'insertion sociale. La Croix Bleue présente dans plusieurs cantons (Neuchâtel, Genève et Vaud) et la FVA (Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme) dans le canton de Vaud basent leurs actions sur la prévention, le conseil et l'accompagnement. Le CENEA (Centre Neuchâtelois d'Alcoolologie) présent dans différentes villes du canton de Neuchâtel (Le Locle, La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel) intègre également une action en termes de prévention, mais également de traitement en matière d'alcoolisme ; elle se distingue notamment par un encadrement plus spécialisé (infirmiers en soins psychiatriques, médecins).

Enfin, le CAP (Centre d'Aide et de Prévention) qui possède différentes antennes dans l'ensemble du canton du Valais (deux CAP en Bas Valais - Monthey et Martigny - ; deux CAP en Valais central - Sion et Sierre - et un CAP en Haut Valais à Brig). propose des prestations à la fois aux toxicodépendants et aux personnes rencontrant un problème avec l'alcool.

Dans le cadre des institutions dites mixtes, souvent regroupées au sein d'une fondation, on relève la présence de six institutions. A titre indicatif, ces institutions se caractérisent par une offre regroupant deux ou plusieurs institutions proposant pour la première un encadrement résidentiel et une ou plusieurs institution(s) distincte(s) offrant un suivi ambulatoire,

Quatre institutions s'adressent aux personnes rencontrant un problème de toxicodépendance. Avec comme objectif final la réinsertion professionnelle, la fondation Tremplin dans le canton de Fribourg propose un secteur résidentiel « Le Parcours Horizon » et quatre secteurs d'activités ambulatoires : Service social qui s'adresse aux personnes en difficulté sociale et pouvant donc accueillir d'autres problématiques que la toxicodépendance, centre de jour dit « Au Seuil », Ateliers de Fribourg et Centre Empreinte (centre de prévention au niveau du VIH/Sida). Dans le cadre d'une réinsertion principalement sociale, l'association Argos dans le canton de Genève propose deux institutions résidentielles (CRMT et Le Toulourenc) ainsi qu'une institution ambulatoire Argos Entract. Dans le canton de Vaud, deux institutions mixtes sont présentes et proposent des prestations à la fois au niveau de l'intégration sociale et professionnelle. Il s'agit de la Fondation du Levant avec ses trois institutions résidentielles : CTR (Centre de Traitement et de Réinsertion), le Soleil Levant, CASA (Centre d'Accueil à Seuil Adapté) et divers institutions ambulatoires : CAP (Centre d'Aide et de Prévention), avec les « Ateliers 159 », les ateliers « Puissance L » avec notamment le restaurant « Les Roseaux » ou encore La Brocante. La deuxième institution vaudoise est la fondation Relais avec le Foyer Relais dans le cadre résidentiel et dans le contexte ambulatoire, différentes structures ont été mises en place (Asemo, Relais-contact, Relais 10, SPI – Suivi Post-Institutionnel – Rel'Aids, Rel'ier – Relais information et réseau -, Entreprises d'Insertion, Cefil – Centre d'études et de formation intégrée du Léman -, Impulsion, Alamo). Ces dernières s'adressent plus globalement à des personnes en difficultés sociales.

Enfin, les deux dernières institutions offrent des prestations destinées à la fois aux personnes ayant un problème avec l'alcool et souffrant de toxicodépendance tout en proposant des prestations en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle. Il s'agit de la fondation Dépendances dans le canton du Jura avec le foyer Clos-Henri et son service ambulatoire Trans-At situé à Delémont et Porentruy. La deuxième institution est la fondation Les Oliviers dans le canton de Vaud. Elle offre dans un premier temps un accueil résidentiel par l'intermédiaire du Programme 123 et parallèlement elle propose un encadrement semi-résidentiel Plan 33 qui est reconnu comme une entreprise formatrice avec notamment les sites Oli'one (formation et réadaptation), Olbis (formation et réinsertion professionnelle) et Olijour (activités artisanales).

Cette description des différentes institutions résidentielles et ambulatoires sur l'ensemble de la Suisse romande, nous a permis de voir l'offre et les prestations proposées par les cantons romands. On a pu relever les diverses approches, voire philosophies adoptées selon le type de substance ou l'offre adoptés. D'ailleurs, des complémentarités, voire des lacunes, au niveau de l'offre institutionnelle dans certains cantons ont pu être relevées.

Annexe 2

Guide d'entretien pour les institutions résidentielles de traitement

A. Conditions cadre

- Où en est la loi actuellement dans le canton – ou sa mise en place / évolution en cours / prévisible – dans votre canton en matière de prise en charge des dépendances ?
- Qu'en pensez-vous – forces et faiblesses de manière générale ; implication des conditions cadre par rapport à votre structure ?

B. Institution résidentielle de traitement

1) Descriptif de votre institution

- Depuis quand existe votre institution – évolution et changements majeurs ?
- Quel est l'objectif de votre institution – quantification (durée de prise en charge, type de sorties, rupture, insertion socio-professionnelle, insertion logement, emploi, logement, occupation ?
- Quelle est la capacité de prise en charge de votre institution – combien de places en résidentiel ; éventuellement autre type de prise en charge (ambulatoire post séjour) ?
- Combien de personnes constituent votre équipe, de qui se compose-t-elle – bio-psycho-socio-éducatif ; maître socio-prof. ?
- Quel est le profil de la population – population cible versus population accueillie ; produit psychotropes (illégaux et légaux), genre, âge, niveau de formation, état de santé, situation familiale, réseau social, etc. ?
- Quelle est la situation en matière de logement ?
- Quelle est la situation en matière de l'emploi ?
- Quelle est la situation en matière de ressources financières ?
- Quelle est la provenance de vos usagers – selon canton ; selon service placeur et/ou payeur ; mesures pénales et PLAF (placement à des fins d'assistance, code civil) ?
- Quelles sont les conditions d'accès – par rapport au produit (alcool vs autres psychotropes), sevrage physique, motivation, âge, etc. ?
- Est-ce que vous acceptez que des usagers effectuent plusieurs séjours au sein de votre institutions résidentielle – si oui, est-ce le cas, quel est le profil, la situation de ces personnes ?

2) Offre de prestations

- Quel type de prise en charge proposez-vous – sevrage, post-sevrage, médical, psychologique, social, éducatif (loisirs, sport, culture, etc.), professionnel (emploi, formation, occupation) ?
- Quelle est l'offre de mesures qui vous permet de réaliser cette prise en charge – interne uniquement ?
- Disposez d'une palette de mesures qui vous permet de répondre à tous les types d'attentes – du médical au professionnel ?
- Si oui, cette palette vous permet d'offrir une continuité au sein de la prise en charge – transversalité versus rupture de soins – sevrage, post-sevrage, médical, psychologique, social, éducatif (loisirs, sport, culture, etc.), professionnel (emploi, formation, occupation) ?
- Qui attribue les mesures – usager versus travailleur social ; usager et travailleur social ; acteurs de l'institution ; réseau (institution et acteurs extérieurs) ; indication (pénal, médical, etc.) ?
- Existe-t-il une procédure d'attribution des mesures – selon quels critères, existe-t-il des étapes formalisées non formalisées (identification d'un projet, bilan) ?
- Existe-t-il une procédure de suivi durant la mesure – évaluation ?
- Existe-t-il un continuum entre les mesures elles-mêmes au sein de votre offre ?
- Pratiquez-vous un travail socio-éducatif par objectifs – objectif général versus objectifs individuels ?
- Est-ce que l'offre dont vous disposez est toujours en adéquation avec les besoins que vous identifiez chez les usagers – mesures pénales, situations individuelles (doubles diagnostics, etc.) ?
- Est-ce que vous acceptez des usagers dont le seul objectif est de pouvoir bénéficier d'une pause – consommation, famille, logement, santé, emploi, etc. ?

3) Trajectoires des usagers

- Quelles sont les attentes et demandes des usagers lors de leur entrée au sein de votre institutions ?
- Est-ce que les usagers expriment des objectifs par rapport à leur prise en charge ?
 - produits psychotropes, emploi / occupation / formation / logement / liens sociaux / revenus de transferts / pénal ou judiciaire, etc. ?
- Les usagers ont-ils un projet ou non ?
- Est-ce qu'un projet leur a été assigné par le service orienteur/placeur ?
- Est-ce que vous observez un concordance entre les objectifs du service orienteur / placeur et ceux des usagers ?
- Pourquoi le choix de l'usager et/ou du service placeur / orienteur s'est-il porté sur votre institution ?
 - Amélioration de l'état de santé somatique et psychique / de la situation de dépendance / des relations socio-familiales / de la réinsertion socio-professionnelle / placement judiciaire ?
- Pourquoi le choix d'une prise en charge résidentielle ?

- Le service orienteur / placeur partage-t-il ce point de vue ?
- Observez-vous une différence en termes de projet et d'objectifs lorsque le séjour est motivé par une décision judiciaire ?
- Est-ce que le séjour dans votre institution correspondant à un objectif du service orienteur ?
- Comment est-ce que vous procédez avec le service orienteur ?
 - Est-ce qu'il vous fait part d'attentes particulières ?
- Comment se déroule concrètement le séjour et la prise en charge au sein de votre institution ?
 - étapes, programmes ?
 - Est-ce que vous effectuez un bilan lors de entrée d'un usager ?
 - Si oui, à quel moment — avant l'entrée effective / au moment de / après l'entrée ?
 - Qui participe à ce bilan — et pourquoi ?
 - Quels sont les aspects pris en compte — quels sont ceux déterminants ?
 - Qu'attendez-vous de ce bilan d'entrée par rapport à la trajectoire de l'usager ?
 - S'il n'y a pas de bilan, comment procédez-vous ?
 - Est-ce qu'il y a une formalisation / contractualisation des objectifs du projet — entre l'usager et la structure / entre la structure et le service placeur / entre l'usager, la structure et le service placeur ?
- Y a-t-il des bilans intermédiaires ?
 - A quelle fréquence ?
 - Qui participe ?
- Travaillez-vous en réseau ? Si oui, avec : ambulatoire, médecins, psychologues, psychiatres, assistants sociaux, juge d'application des peines, etc.

4) Impact de l'offre de prestations sur les usagers

- Quels sont les résultats que vous obtenez ?
 - En regard de l'état de santé somatique et psychique / de la situation de dépendance / des relations socio-familiales / de la réinsertion socio-professionnelle / placement judiciaire ?
- En quoi le résidentiel permet-il d'atteindre ces objectifs ?
 - Quelles sont les spécificités du résidentiel par rapport à l'ambulatoire ?
 - Qui dit résidentiel dit collectif ; en quoi le collectif a-t-il un impact sur les trajectoires individuelles ?
 - Avantage désavantage de la vie en collectif ?
 - Selon vous, est-ce que le type de prise en charge résidentiel est plus adapté pour certains profils d'usagers que d'autres ?
- Quelle est l'adéquation entre l'offre particulière de votre institution et les résultats obtenus ?
- Quelle est l'adéquation entre les profils des usagers et les mesures ?
- Est-ce que vos mesures ont un effet sur le professionnel, le social, le sanitaire, le

judiciaire ?

- Lorsque les résidents quittent votre structure, que se passe-t-il ?
 - où vont-ils en termes de logement, d'emploi, de formation, de dispositifs sociaux (aide sociale, AI, chômage, autre) ?
- Après combien de temps les résidents quittent-ils votre structure ?
- Objectifs atteints ou non
- Proposez-vous un suivi ambulatoire aux ex-résidents ?

Relations avec le secteur ambulatoire

- Quelles sont les relations que vous entretenez avec le secteur ambulatoire?
- Comment voyez-vous l'influence de la RPT sur votre structure ?

Annexe 3

Guide d'entretien pour les institutions ambulatoires de traitement

A. Conditions cadre

- Où en est la loi actuellement dans le canton — ou sa mise en place / évolution en cours / prévisible — dans votre canton en matière de prise en charge des dépendances ?
- Qu'en pensez-vous — forces et faiblesses de manière générale ; implication des conditions cadre par rapport à votre structure ?

B. Institution ambulatoire de traitement

1) Descriptif de votre institution

- Depuis quand existe votre institution— évolution et changements majeurs ?
- Quel est l'objectif de votre institution — quantification (durée de prise en charge, type de « sorties », rupture, insertion socio-professionnelle, insertion logement, emploi, logement, occupation ?
- Quelle est la capacité de prise en charge de votre institution ?
- Combien de personnes constituent votre équipe, de qui se compose-t-elle — bio-psycho-socio-éducatif ; maître socio-prof. ?
- Quel est le profil de la population — population cible versus population accueillie ; produit psychotropes (illégaux et légaux), genre, âge, niveau de formation, état de santé, situation familiale, réseau social, etc. ?
- Quelle est la situation en matière de logement ?
- Quelle est la situation en matière de l'emploi ?
- Quelle est la situation en matière de ressources financières ?

- Quelle est la provenance de vos usagers — selon canton ; selon service placeur et/ou payeur ; mesures pénales et PLAFA (placement à des fins d'assistance, code civil) ?
- Quelles sont les conditions d'accès — par rapport au produit (alcool vs autres psychotropes), sevrage physique, motivation, âge, etc. ?

2) Offre de prestations

- Quel type de prise en charge proposez-vous — sevrage, post-sevrage, médical, psychologique, social, éducatif (loisirs, sport, culture, etc.), professionnel (emploi, formation, occupation) ?
- Quelle est l'offre de mesures qui vous permet de réaliser cette prise en charge — à l'interne et en réseau ?
- Disposez-vous d'une palette de mesures qui vous permet de répondre à tous les types d'attentes — du médical au professionnel ?
- Si oui, cette palette vous permet-elle d'offrir une continuité au sein de la prise en charge — transversalité versus rupture de soins — sevrage, post-sevrage, médical, psychologique, social, éducatif (loisirs, sport, culture, etc.), professionnel (emploi, formation, occupation) ?
- Qui attribue les mesures — usager versus travailleur social ; usager et travailleur social ; acteurs de l'institution ; réseau (institution et acteurs extérieurs) ; indication (pénal, médical, etc.) ?
- Existe-t-il une procédure d'attribution des mesures — selon quels critères, existe-t-il des étapes formalisées non formalisées (identification d'un projet, bilan) ?
- Existe-t-il une procédure de suivi durant la mesure — évaluation ?
- Existe-t-il un continuum entre les mesures elles-mêmes au sein de votre offre ?
- Pratiquez-vous un travail socio-éducatif par objectifs — objectif général versus objectifs individuels ?
- Est-ce que l'offre dont vous disposez est toujours en adéquation avec les besoins que vous identifiez chez les usagers — mesures pénales, situations individuelles (doubles diagnostics, etc.) ?
- Est-ce que vous acceptez des usagers dont le seul objectif est de pouvoir bénéficier d'une pause — consommation, famille, logement, santé, emploi, etc. ?

3) Trajectoires des usagers

- Quelles sont les attentes et demandes des usagers lors de leur entrée au sein de votre structure ?
- Les usagers ont-ils un projet ou non ?
- Est-ce qu'un projet leur a été assigné par le service orienteur/placeur ?
- Est-ce que vous observez un concordance entre les objectifs du service orienteur / placeur et ceux des usagers ?
- Pourquoi le choix de l'usager et/ou du service placeur / orienteur s'est-il porté sur votre institution ?
 - Amélioration de l'état de santé somatique et psychique / de la situation de dépendance / des relations socio-familiales / de la réinsertion socio-professionnelle / placement judiciaire ?

- Pourquoi le choix d'une prise en charge ambulatoire?
- Observez-vous une différence en termes de projet et d'objectifs lorsque le séjour est motivé par une décision judiciaire ?
- Est-ce que le séjour dans votre institution correspondant à un objectif du service orienteur ?
- Comment est-ce que vous procédez avec le service orienteur ?
 - Est-ce qu'il vous fait part d'attentes particulières ?
- Comment se déroule concrètement la prise en charge au sein de votre institution ?
 - Est-ce que vous effectuez un bilan lors de l'entrée d'un usager ?
 - Si oui, à quel moment – avant l'entrée effective / au moment de / après l'entrée ?
 - Qui participe à ce bilan – et pourquoi ?
 - Quels sont les aspects pris en compte – quels sont ceux déterminants ?
 - Qu'attendez-vous de ce bilan d'entrée par rapport à la trajectoire de l'utilisateur ?
 - S'il n'y a pas de bilan, comment procédez-vous ?
 - Est-ce qu'il y a une formalisation / contractualisation des objectifs du projet – entre l'utilisateur et la structure / entre la structure et le service placeur / entre l'utilisateur, la structure et le service placeur ?
- Y a-t-il des bilans intermédiaires ?
 - A quelle fréquence ?
 - Qui participe ?
- Travaillez-vous en réseau ? Si oui, avec : résidentiel, médecins, psychologues, psychiatres, assistants sociaux, juge d'application des peines, etc.

4) Impact de l'offre de prestations sur les usagers

- Quels sont les résultats que vous obtenez ?
 - En regard de l'état de santé somatique et psychique / de la situation de dépendance / des relations socio-familiales / de la réinsertion socio-professionnelle / placement judiciaire ?
- En quoi l'ambulatoire permet-il d'atteindre ces objectifs ?
 - Quelles sont les spécificités de l'ambulatoire par rapport au résidentiel ?
 - Selon vous, est-ce que le type de prise en charge ambulatoire est plus adapté pour certains profils d'utilisateurs que d'autres ?
- Quelle est l'adéquation entre l'offre particulière de votre institution et les résultats obtenus ?
- Quelle est l'adéquation entre les profils des utilisateurs et les mesures ?
- Est-ce que vos mesures ont un effet sur le professionnel, le social, le sanitaire, le judiciaire ?

Relations avec le secteur résidentiel

- Quelles sont les relations que vous entretenez avec le secteur résidentiel ?
- Comment voyez-vous l'influence de la RPT sur votre structure ?

Annexe 4

Usagers : échantillon

Usagers : institutions résidentielles			
Institution	Sexe	Année de naissance	Situation
Argos - CRMT	F	1963	suivi en cours
Argos - CRMT	M	1969	fin de suivi
Argos - Le Toulourenc	F	1969	en cours
Argos - Le Toulourenc	M	1978	en cours
Argos - Le Toulourenc	M	1972	en cours
Argos - Le Toulourenc	M	1970	Sorti
Armée du Salut - Le Devens	F	1949	En cours
Armée du Salut - Le Devens	F	1948	Fin de suivi
Armée du Salut - Le Devens	M	1958	En cours
Armée du Salut - Le Devens	M	1953	En cours
Armée du Salut - Le Devens	M	1948	En cours
Armée du Salut - Le Devens	M	1941	En cours
Bartimée	F	1978	Appartements accompagné
Bartimée	F	1968	Fin de suivi
Bartimée	M	1980	Conditionnel/ Amb
Bartimée	M	1978	suivi en cours
Bartimée	M	1972	suivi en cours
Bartimée	M	1970	Fin de Suivi
Dépendance - Clos-Henri	F	1989	fin de suivi
Dépendance - Clos-Henri	F	1988	en cours
Dépendance - Clos-Henri	F	1977	fin de suivi
Dépendance - Clos-Henri	M	1972	fin de suivi
Dépendance - Clos-Henri	M	1971	en cours
Dépendance - Clos-Henri	M	1968	en cours
FEA - L'Arcadie	F	1976	en cours
FEA - L'Arcadie	F	1954	en cours
FEA - L'Arcadie	M	1981	externe
FEA - L'Arcadie	M	1975	externe
FEA - L'Arcadie	M	1970	externe
FEA - L'Arcadie	M	1956	en cours
FEA - L'Estérelle	F	1971	suivi en cours
FEA - L'Estérelle	F	1968	suivi en cours
FEA - L'Estérelle	F	1953	fin de suivi
FEA - L'Estérelle	M	1954	fin de suivi
FEA - L'Estérelle	M	1951	fin de suivi
FEA - L'Estérelle	M	1949	suivi en cours
Goéland - L'Auvent	F	1969	En cours
Goéland - L'Auvent	F	1947	En cours
Goéland - L'Auvent	M	1975	En cours
Goéland - L'Auvent	M	1974	Fin de suivi
Goéland - L'Auvent	M	1955	Fin de suivi
Goéland - L'Auvent	M	1952	Fin de suivi
Goéland - Pontareuse	F	1980	Fin de suivi
Goéland - Pontareuse	M	1989	Fin de suivi
Goéland - Pontareuse	M	1982	En cours
Goéland - Pontareuse	M	1976	En cours
Goéland - Pontareuse	M	1975	En cours
Goéland - Pontareuse	M	1964	En cours
La Clairière	F	1984	Suivi en cours depuis 26 mois
La Clairière	M	1986	Suivi en cours depuis 18 mois
La Clairière	M	1983	Suivi en cours depuis 22 mois

Le Radeau	M	1980	Suivi en cours
Le Radeau	M	1980	Suivi en cours
Le Radeau	M	1974	Fin de suivi
Le Radeau	M	1971	Fin de suivi
Le Radeau	M	1971	Suivi en cours
Le Radeau	M	1963	Fin de suivi
Le Torry	F	1986	En cours
Le Torry	F	1983	En cours
Le Torry	F	1951	03-06 mois
Le Torry	M	1979	En cours
Le Torry	M	1970	En cours
Le Torry	M	1966	03-06 mois
Le Torry	M	1955	En cours
L'Envol	F	1969	Fin
L'Envol	F	1954	suivi en cours
L'Envol	M	1971	suivi en cours
L'Envol	M	1954	Fin
L'Envol	M	1948	Fin
L'Envol	M	1946	suivi en cours
L'Epi	F	1950	Achevée
L'Epi	M	1983	En cours
L'Epi	M	1976	En cours
L'Epi	M	1966	Achevée
L'Epi	M	1965	En cours
L'Epi	M	1944	En cours
Les Oliviers	F	1985	Consolidation en cours
Les Oliviers	F	1971	Consolidation en cours
Les Oliviers	F	1961	Fin de suivi
Les Oliviers	M	1985	Consolidation en cours
Les Oliviers	M	1981	Consolidation en cours
Les Oliviers	M	1977	Consolidation en cours
Les Oliviers	M	1971	Suivi en cours
Les Oliviers	M	1968	Suivi en cours
Levant - CASA	F	1988	suivi en cours
Levant - CASA	M	1976	suivi en cours
Levant - CASA	M	1973	suivi en cours
Levant - CASA	M	1971	suivi en cours
Levant - CTR	M	1971	suivi en cours
Levant - CTR	M	1971	suivi en cours
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	F	1981	en cours
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1990	fin suivi
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1983	fin suivi
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1981	en cours
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1977	fin suivi
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1974	en cours
LVT - Villa Flora	F	1971	fin de suivi env. 3-6 mois
LVT - Villa Flora	F	1968	suivi en cours
LVT - Villa Flora	M	1977	suivi en cours
LVT - Villa Flora	M	1964	fin de suivi env. 3-6 mois
LVT - Villa Flora	M	1963	suivi en cours
LVT - Villa Flora	M	1951	fin de suivi env. 3-6 mois
Maison de l'Ancre (Hospice GE)	F	1958	en cours
Maison de l'Ancre (Hospice GE)	M	1975	en cours
Maison de l'Ancre (Hospice GE)	M	1966	en cours
Relais - Foyer	F	1973	Sortie il y a 8 mois
Relais - Foyer	M	1988	Sorti il y a 1 an
Relais - Foyer	M	1975	En cours
Relais - Foyer	M	1969	Sorti il y a 3 mois
Relais - Foyer	M	1968	Sorti il y a 7 mois

Relais - Foyer	M	1960	En cours
Ressource - Foyer André	F	1967	en cours
Ressource - Foyer André	M	1982	en cours
Ressource - Foyer André	M	1977	en cours
Ressource - Foyer André	M	1972	en cours
Ressource - Foyer André	M	1969	en cours
Ressource - Foyer André	M	1958	en cours
Tremplin - Foyer Horizon	F	1967	suivi en cours
Tremplin - Foyer Horizon	M	1985	suivi en cours
Tremplin - Foyer Horizon	M	1983	suivi en cours
Tremplin - Foyer Horizon	M	1975	fin de suivi
manquent :			
Via Gampel (il n'y aura pas)			
CRMT Tessin Comunità familiare - pas de nouvelles			
Institution	Sexe	Année de naissance	Situation
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1990	fin suivi
Dépendance - Clos-Henri	F	1989	fin de suivi
Goéland - Pontareuse	M	1989	Fin de suivi
Levant - CASA	F	1988	suivi en cours
Dépendance - Clos-Henri	F	1988	en cours
Relais - Foyer	M	1988	Sorti il y a 1 an
Le Torry	F	1986	En cours
La Clairière	M	1986	Suivi en cours depuis 18 mois
Les Oliviers	F	1985	Consolidation en cours
Les Oliviers	M	1985	Consolidation en cours
Tremplin - Foyer Horizon	M	1985	suivi en cours
La Clairière	F	1984	Suivi en cours depuis 26 mois
Le Torry	F	1983	En cours
Tremplin - Foyer Horizon	M	1983	suivi en cours
La Clairière	M	1983	Suivi en cours depuis 22 mois
L'Epi	M	1983	En cours
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1983	fin suivi
Ressource - Foyer André	M	1982	en cours
Goéland - Pontareuse	M	1982	En cours
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	F	1981	en cours
Les Oliviers	M	1981	Consolidation en cours
FEA - L'Arcadie	M	1981	externe
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1981	en cours
Goéland - Pontareuse	F	1980	Fin de suivi
Le Radeau	M	1980	Suivi en cours
Bartimée	M	1980	Conditionnel/ Amb
Le Radeau	M	1980	Suivi en cours
Le Torry	M	1979	En cours
Bartimée	F	1978	Appartements accompagné
Argos - Le Toulourenc	M	1978	en cours
Bartimée	M	1978	suivi en cours
Dépendance - Clos-Henri	F	1977	fin de suivi
LVT - Villa Flora	M	1977	suivi en cours
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1977	fin suivi
Les Oliviers	M	1977	Consolidation en cours
Ressource - Foyer André	M	1977	en cours
FEA - L'Arcadie	F	1976	en cours
Levant - CASA	M	1976	suivi en cours
L'Epi	M	1976	En cours
Goéland - Pontareuse	M	1976	En cours
Relais - Foyer	M	1975	En cours
Goéland - Pontareuse	M	1975	En cours
FEA - L'Arcadie	M	1975	externe

Maison de l'Ancre (Hospice GE)	M	1975	en cours
Tremplin - Foyer Horizon	M	1975	fin de suivi
Goéland - L'Auvent	M	1975	En cours
Goéland - L'Auvent	M	1974	Fin de suivi
Le Radeau	M	1974	Fin de suivi
LVT - Foyers Rives-du-Rhône	M	1974	en cours
Relais - Foyer	F	1973	Sortie il y a 8 mois
Levant - CASA	M	1973	suivi en cours
Argos - Le Toulourenc	M	1972	en cours
Ressource - Foyer André	M	1972	en cours
Bartimée	M	1972	suivi en cours
Dépendance - Clos-Henri	M	1972	fin de suivi
Les Oliviers	F	1971	Consolidation en cours
FEA - L'Estérelle	F	1971	suivi en cours
LVT - Villa Flora	F	1971	fin de suivi env. 3-6 mois
Levant - CASA	M	1971	suivi en cours
Levant - CTR	M	1971	suivi en cours
Les Oliviers	M	1971	Suivi en cours
Levant - CTR	M	1971	suivi en cours
Le Radeau	M	1971	Fin de suivi
Dépendance - Clos-Henri	M	1971	en cours
Le Radeau	M	1971	Suivi en cours
L'Envol	M	1971	suivi en cours
FEA - L'Arcadie	M	1970	externe
Argos - Le Toulourenc	M	1970	Sorti
Le Torry	M	1970	En cours
Bartimée	M	1970	Fin de Suivi
Goéland - L'Auvent	F	1969	En cours
Argos - Le Toulourenc	F	1969	en cours
L'Envol	F	1969	Fin
Argos - CRMT	M	1969	fin de suivi
Relais - Foyer	M	1969	Sorti il y a 3 mois
Ressource - Foyer André	M	1969	en cours
Bartimée	F	1968	Fin de suivi
LVT - Villa Flora	F	1968	suivi en cours
FEA - L'Estérelle	F	1968	suivi en cours
Relais - Foyer	M	1968	Sorti il y a 7 mois
Dépendance - Clos-Henri	M	1968	en cours
Les Oliviers	M	1968	Suivi en cours
Ressource - Foyer André	F	1967	en cours
Tremplin - Foyer Horizon	F	1967	suivi en cours
L'Epi	M	1966	Achevée
Maison de l'Ancre (Hospice GE)	M	1966	en cours
Le Torry	M	1966	03-06 mois
L'Epi	M	1965	En cours
Goéland - Pontareuse	M	1964	En cours
LVT - Villa Flora	M	1964	fin de suivi env. 3-6 mois
Argos - CRMT	F	1963	suivi en cours
Le Radeau	M	1963	Fin de suivi
LVT - Villa Flora	M	1963	suivi en cours
Les Oliviers	F	1961	Fin de suivi
Relais - Foyer	M	1960	En cours
Maison de l'Ancre (Hospice GE)	F	1958	en cours
Armée du Salut - Le Devens	M	1958	En cours
Ressource - Foyer André	M	1958	en cours
FEA - L'Arcadie	M	1956	en cours
Le Torry	M	1955	En cours
Goéland - L'Auvent	M	1955	Fin de suivi
FEA - L'Arcadie	F	1954	en cours

L'Envol	F	1954	suivi en cours
L'Envol	M	1954	Fin
FEA - L'Estérelle	M	1954	fin de suivi
FEA - L'Estérelle	F	1953	fin de suivi
Armée du Salut - Le Devens	M	1953	En cours
Goéland - L'Auvent	M	1952	Fin de suivi
Le Torry	F	1951	03-06 mois
FEA - L'Estérelle	M	1951	fin de suivi
LVT - Villa Flora	M	1951	fin de suivi env. 3-6 mois
L'Epi	F	1950	Achevée
Armée du Salut - Le Devens	F	1949	En cours
FEA - L'Estérelle	M	1949	suivi en cours
Armée du Salut - Le Devens	F	1948	Fin de suivi
L'Envol	M	1948	Fin
Armée du Salut - Le Devens	M	1948	En cours
Goéland - L'Auvent	F	1947	En cours
L'Envol	M	1946	suivi en cours
L'Epi	M	1944	En cours
Armée du Salut - Le Devens	M	1941	En cours

Annexe 5

Guide d'entretien, usagers : axes thématiques principaux

- 1) La santé : situation avant, pendant et après le passage en résidentiel, facteurs protecteurs, facteurs fragilisants
 - état de santé en général, état de santé lié à la consommation
 - prises en charge : qui, comment, depuis quand
 - description des trajectoires
- 2) La consommation : situation avant, pendant et après le passage en résidentiel, facteurs protecteurs, facteurs fragilisants
 - mono ou polyconsommation, produit principal (légal, illégal), produits secondaires, quantités, fréquences
 - prises en charge : qui, comment, depuis quand
 - trajectoires, phase de dépendance, abstinence, rechutes, gestion de la consommation
- 3) Insertion sociale et professionnelle : situation avant, pendant et après le passage en résidentiel, facteurs protecteurs, facteurs fragilisants
 - situation par rapport à l'emploi, revenus, relations familiales, relations sociales
 - prises en charge en matière assistancielle et/ou assurantielle
 - trajectoires, précarisation, chômage, activité, formations...
- 4) Logement : situation avant, pendant et après le passage en résidentiel, facteurs protecteurs, facteurs fragilisants
 - Biographie résidentielle, évaluation de la capacité d'accès au logement en regard des critères usuels : situation financière et endettement, casier résidentiel
 - Type de logement, type d'hébergement
 - Trajectoire résidentielle et consommation...
- 5) Situation pénale et judiciaire : situation avant, pendant et après le passage en résidentiel, facteurs protecteurs, facteurs fragilisants