

des réflexions,  
des pratiques autour  
du champ des drogues  
légalles et illégales

# d é p e n d a n c e s

**Les institutions  
résidentielles en crise :  
état de la question**

# d é p e n d a n c e s

décembre 99 / no 9

3

## Editorial

*Gérald Progin*

4

## Moi, je paie mon natel avec ma carte de crédit...

*Olivier Amiguet*

10

## Le financement des traitements résidentiels

*Bertrand Nussbaumer*

14

## Histoire et perspectives des institutions résidentielles

*Michel Pluss*

18

## A qui s'adresse le secteur résidentiel alcool?

*Jacques-Antoine Gauthier*

22

## Le parcours résidentiel des personnes avec des problèmes d'addictions

*Esther Dubath Bouvier*

26

## Alcoologie: regard de l'ambulatoire sur le résidentiel

*Jean-Michel Clerc*

28

## QuaTheDa, un système de management de la qualité pour les institutions résidentielles drogue et alcool

*René Stamm*

31

## Cours, séminaires

**Adresse des éditeurs:**

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, Ruchonnet 14, case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, GREAT, Pêcheurs 8, case postale 20, 1401 Yverdon-les-Bains

**Rédaction:**

Rédacteurs:  
Michel Graf, ISPA  
Gérald Progin, GREAT

**Comité de rédaction:**

Pierre-Yves Aubert  
éducateur, Genève  
Étienne Maffli  
psychologue, Lausanne  
Jean-Dominique Michel  
socio-anthropologue, Genève  
Louis-Pierre Roy  
enseignant EESP, Lausanne

**Administration et abonnements:**

ISPA, case postale 870,  
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,  
fax 021/321 29 40

**Parution:** 3 fois par an

**Abonnement:**

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la rédaction

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

**Graphisme:**

Christine Matthey, Lausanne

# Editorial

Gérald Progin  
Secrétaire général du GREAT  
Co-rédacteur

**L**es institutions résidentielles pour personnes dépendantes sont en crise. Diminution du nombre de placements, changements dans le financement au point de risquer la faillite et la fermeture pour certaines d'entre elles.

D'aucuns dans le domaine des drogues illégales accusent le secteur réduction des risques de monopoliser le financement et les choix socio-politiques au détriment de l'abstinence. Malheureusement, il est fort probable que le problème ne se pose pas aussi simplement, en termes linéaires. En effet, nombre d'évolutions sont actuellement en cours dans le champ du financement du social, de la perception de la santé, des règles sociales et des choix fondamentaux de société. Sur la question de société d'abord: les valeurs qui ont eu cours jusque dans les années '80 se modifient. L'individualisme, le « tout, tout de suite », le consumérisme et le « self service » des idéologies ne poussent pas vers des choix de prise en charge lourdes, longues et résidentielles.

Au sujet du financement ensuite: le new public management, la recherche d'économies dans les secteurs de la santé et du social obligent les institutions à une révision de leurs coûts et, partant, de leur approche psychopédagogique. Dans le même temps, la répartition des charges Confédération-Cantons incite à reprendre le dossier du financement de fond en comble. Qui doit payer les charges des problèmes dus aux dépendances et de la prévention? Par ailleurs, le type de prestations spécifiques qu'offrent les institutions résidentielles doit être mieux défini.

L'ensemble de ces questions se pose tant au niveau des résidentiels pour personnes alcooliques que pour personnes dépendantes des drogues illégales, même si l'histoire et le financement des unes et des autres sont différents. C'est la raison pour laquelle les textes que nous vous proposons abordent les thèmes aussi bien à travers la lunette de l'alcoologie que de celle des drogues illégales, une manière de tenter de se questionner sur le problème plus que sur le produit.

Dans ce numéro, nous tentons donc un panorama des différents problèmes en amenant quelques pistes de solutions qui passent sans aucun doute par une sérieuse réflexion sur les valeurs, l'éthique et la qualité des prestations offertes par les institutions résidentielles. Cela n'empêchera nullement de pousser le monde politique à mieux définir les problèmes que peuvent poser les addictions dans notre société et de définir clairement quels montants doivent être alloués pour le traitement de ces problèmes et qui doit les prendre en charge. A nous, travailleurs sociaux, de nous arranger pour analyser ces problèmes dans leur évolution médico-psycho-sociale, les exprimer et amener des propositions concrètes.

Nous profitons de cet éditorial du dernier numéro de l'année pour vous donner quelques informations sur votre revue: le nombre d'abonnés est stable – un peu plus de 400 qui s'ajoutent aux 280 membres du GREAT. Cette année, la revue a été envoyée aux institutions pour enfants et adolescents qui participent au projet de prévention « Fil rouge » – un peu plus de 300 exemplaires. Les éditeurs de « dépendances » ont décidé, avec la Commission de rédaction, de poursuivre, sur les mêmes bases, la publication de la revue. Nous espérons que vous, lecteurs, trouvez votre compte et nous vous remercions de votre fidélité.

# Moi, je paie mon natel avec ma carte de crédit...

Olivier Amiguet, responsable de formation, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Lausanne

(réd.) *Quelles sont les liaisons que l'on peut faire entre l'évolution de la société et les institutions résidentielles? S'il est relativement difficile de tirer des parallèles, il est toutefois possible de se questionner sur l'évolution des valeurs et de voir si le résidentiel s'y est adapté et comment. Tentons donc, avec un certain recul, l'expérience.*

Existe-t-il un parallèle entre l'évolution de la société et celle des prises en charge résidentielles? Telle est la question que l'on me propose de traiter...

Tenir un discours sur «la société» n'a pas de sens. La société n'existe pas. Pas plus que les toxicomanes, pas plus que les institutions résidentielles. Tout énoncé qui se voudrait général ne pourrait au mieux que se prévaloir d'un groupe de référence plus ou moins grand. L'évolution de la société ne peut donc être posée en termes univoques. Je ne peux qu'en être réduit à une démarche pointilliste, partielle, ne relevant que de mon regard. Ni exhaustif, ni objectif, je ne suis qu'un observateur immergé, incapable de discerner, en dehors de mon propre regard, ce qui se passe. Aussi, je ne m'aventurerai pas dans une analyse dont je suis incapable pour traiter de comparaisons qui ne seront jamais raison.

Pourtant, la question de l'influence réciproque que peuvent exercer la «société» et les institutions résidentielles accueillant des personnes toxicodépendantes, que je nommerai tout simplement «institutions» dans la suite de cet article, me titille. Qui influence qui, comment les impératifs des uns marquent-ils ceux des autres? Leur logique est-elle proche, complémentaire, contradictoire? Leurs enjeux sont-ils compatibles? Dans le cadre des deniers publics dont dépend la survie des institutions, y a-t-il des marges de manœuvre ou de négociation à retrouver? Voilà en quelques mots les questions auxquelles je me propose de réfléchir. Ces quelques lignes se veulent un point de vue, un essai plus qu'une analyse.

## Un contexte particulier

La toxicomanie, lit-on parfois, est un fléau de notre société, un symptôme, un révélateur. Affirmer cela, c'est prétendre qu'il y a un lien entre l'organisation sociale et le comportement de certaines personnes qui se rendent dépendantes de produits toxiques. C'est probablement pertinent, mais difficile à démontrer en termes si généraux. Cela supposerait que beaucoup de pays ont une organisation sociale semblable et que, dans des régions dont l'organisation différerait, on devrait voir des différences dans l'intensité, les modalités ou les effets de ce phénomène. On pourrait dire par exemple que la société suisse s'est caractérisée par un nivellement des conflits, que la paix sociale a gommé les choix possibles d'orientation de société. La gauche s'est laissée embobiner par le discours consensuel au lieu de jouer son rôle critique et innovateur. C'est ce que prétendaient certains lors des dernières élections fédérales. La toxicomanie pourrait alors être vue comme une réaction adéquate dans une société qui ne laisse ni choix ni échappatoire, une société au consensus mou et à l'avenir stérile. Si tel était le cas, on pourrait alors se réjouir de la polarisation plus grande des dernières élections qui permettent la montée aussi bien de la droite dure que de la gauche plus affirmée car la toxicomanie devrait évoluer c'est-à-dire diminuer. Or nous savons que dans les pays fortement polarisés du point de vue politique, le phénomène de la toxicomanie existe dans des proportions comparables. Cela devrait nous permettre de relativiser

ser les discours qui proposent une vision linéaire, en termes de causes à effets entre le fonctionnement de la société et la toxicodépendance. C'est une vision assurément trop simplificatrice et trompeuse.

## Penser circularité

Que dire alors de l'influence réciproque qu'exercent société et institutions? Bien sûr, les institutions font partie de la société et on ne peut poser ces deux termes comme si nous avions à faire au même niveau logique. La société englobe les institutions et donc les surdétermine. Mais nous savons aussi que chaque membre de la société y est acteur, qu'il exerce un pouvoir d'influence, qu'il peut contribuer à accélérer ou ralentir le mouvement de l'ensemble. Peut-on alors repérer en quoi société et institutions participent parfois du même mouvement, en quoi elles se répondent et s'encouragent mutuellement dans des processus analogues? Y a-t-il une pertinence à penser non seulement qu'elles sont prises dans les mêmes filets mais qu'elles les renforcent mutuellement? C'est l'hypothèse que je vous propose.

Moi, je paie mon natel avec ma carte de crédit. Ce sont là les trois aspects que je retiendrai pour caractériser notre époque: individualisme, immédiateté et primauté de l'économique.

## Valoriser l'individu

**Individualisme** d'abord, dans la mesure où le discours néo-libéral devient largement dominant et met l'accent sur la responsabilité de l'individu, mesure de référence. Chaque individu est supposé l'égal des autres, a les mêmes chances et les mêmes risques. C'est lui qui réussit ou qui échoue. Les droits individuels sont premiers par rapport au souci d'égalité. La liberté prime sur l'égalité. Quand à la fraternité, c'est plus celle de la compétition, de la rivalité que celle de l'entraide. L'individu est implicitement responsable de ce qui lui arrive. Certes, il n'est pas fautif de perdre son poste de travail pour cause de restructuration et rationalisation, mais il est coupable de ne pas retrouver un nouvel emploi. Le doute est omniprésent lorsqu'il y a une difficulté: qu'a fait cette personne pour en être là où elle en est? Chaque personne

en difficulté a le choix relatif d'être considérée comme fautive ou comme faible ou malade.

Les institutions de leur côté sont prises dans une tension curieuse. D'abord elles sont destinées à une population définie par des caractéristiques communes (les personnes toxicodépendantes à tel type de produit) c'est-à-dire destinées à penser catégorie, à penser ce qui relie, à penser ressemblances entre les usagers accueillis. On pourrait donc imaginer qu'elles s'inscrivent en faux contre ce mouvement individualisant. Le fait de s'inscrire à l'intérieur de la politique des quatre piliers prônée par l'OFSP accentue cette vision de collectivité: les personnes toxicodépendantes sont un groupe repérable, avec des caractéristiques définies selon que l'on pense prévention, thérapie, aide à la survie et réduction des risques ou répression.

Pourtant, l'accueil résidentiel met en évidence un autre phénomène. La personne qui demande son accueil est posée, dans son milieu d'appartenance, comme étant le problème. Elle est le patient désigné, peut-être le bouc émissaire. C'est elle qui a et qui est le problème. Elle est inscrite dans une différenciation d'avec son entourage: elle est d'abord différente puisqu'elle a un problème, c'est elle qui a besoin d'être accueillie, soignée, encadrée pour qu'elle s'en sorte. On pourrait dire en quelques sortes que les institutions sont faites d'une juxtaposition d'individus désignés comme devant être soignés.

La médicalisation des prises en charge, rendue obligatoire par l'OFSP, contraint toute personne à se percevoir comme malade puisque, pour des raisons de financement, chaque personne doit faire l'objet d'un certificat médical. Je me suis demandé si cette identification à un statut de malade ou d'invalide ne provoquait pas une alternative particulière. Soit le médecin qui établit le certificat n'en parle pas au résident et de ce fait l'inscrit dans une non clarté et alimente le jeu de cache-cache si caractéristique des situations clandestines comme le sont les modalités de vie des personnes toxicodépendantes. Ce faisant, il alimente les trucs de survie individuelle que connaissent les personnes toxicodépendantes. Soit ce statut est clairement annoncé ainsi que sa légitimation et il inscrit alors la personne dans la logique médicale c'est-à-dire essentiellement individuelle, rendant

plus difficile son rattachement à une appartenance collective. Une pratique comme celle-là, initiatrice du placement, inscrit donc dans une particularité, une spécificité individuelle: je ne suis pas comme les autres, à cause de ma maladie, mon histoire.

Le slogan proposé par Olivenstein qui voit la toxicomanie comme la rencontre d'une personne, d'un produit et d'un contexte met aussi l'accent sur l'unicité de chaque situation. Les institutions sont des lieux d'accueil de personnes uniques, exclues parce que différentes. Je postule que beaucoup d'institutions s'inscrivent dans ce discours.

Ainsi donc, à l'individualisme dominant, les institutions répondent en acceptant, même si c'est sous la contrainte de l'obtention d'un financement, une individualisation des situations et des parcours de chaque résident. Mais plus que cela, cette vision s'inscrit dans une des croyances dominantes de l'éducation spécialisée et de sa dominante psychopédagogique.

## Tout, tout de suite

**L'immédiateté** est aussi une caractéristique dominante de nos modes de vie. «Tout et tout de suite» en est l'impératif. Les transactions boursières, sources des richesses les plus mobiles, ne se font même plus sur du réel mais sur du virtuel. Internet met chacun à portée immédiate de tout correspondant dans le monde. Les médias traquent le sensationnel quotidien. Aucun sujet ne tient le devant de la scène médiatique plus de quelques jours, éventuellement semaines. L'horreur de hier ne pourra être oubliée que grâce à celle d'aujourd'hui. En même temps, l'avenir est imprévisible: que dire de ce qui sera actuel dans cinq ans? Qui oserait s'y lancer? Mais les formations s'allongent, l'entrée dans la vie dite active est repoussée. Il est normal de ne pas trouver de premier emploi stable, il est normal de ne trouver une relative stabilité affective et financière qu'après 25, voire 30 ans. Le niveau de vie aisé que nous connaissons rend possible la satisfaction de la plupart de nos désirs.

Les institutions sont-elles aussi prises dans cette logique de l'immédiateté? C'est autour de la notion d'urgence que je voudrais réfléchir. L'urgence est dans le médico-social la mise en scène de la nécessité de l'immédiateté. Les équipes

de travail sont souvent composées de professionnels du social et de professionnels du médical. Le sens de l'urgence dans ces deux professions n'est pas le même: l'urgence médicale doit se traiter en termes de minutes ou d'heures alors que l'urgence sociale peut souvent se régler en jours ou en semaine. J'ai l'impression que, progressivement, c'est le rythme médical de l'urgence qui prend le dessus dans l'organisation quotidienne du travail institutionnel. Les personnes dépendantes des drogues illégales alimentent sans doute cette vision des risques médicaux réels où l'urgence peut se jouer en termes de minutes. Cela ressort à nouveau de la primauté du médical sur le social.

En dehors des situations d'urgence, les institutions ont aussi pris acte de ce que le temps des personnes toxicodépendantes se gère dans l'instant. Le futur n'a pas de place. Seul compte le souci de trouver son produit, de survivre jusqu'à demain, de trouver aujourd'hui de l'argent pour ne pas être en manque. L'avenir, dans le meilleur des cas, c'est demain matin.

C'est cette réalité de l'immédiateté qui est à la base de l'aide à la survie. Accueillir dans un centre à bas seuil ou dans la rue, c'est montrer maintenant, dans l'instant, que l'autre existe, qu'il a la possibilité et le droit d'être considéré comme un humain, que prendre soin de son corps vaut la peine au nom d'un hypothétique demain dont on ne parle pas. Gérer l'instant comme signe prophétique que demain existera. C'est tout.

Cette acceptation de la logique de l'instant, propre aux activités à bas seuil ou de rue, a peut-être aussi gagné les institutions. On sait que la rechute fait partie du processus évolutif de guérison. On gère aujourd'hui sans savoir de quoi demain sera fait. Ce n'est que plus tard que la projection dans l'avenir sera peut-être possible.

Ainsi, la logique de l'immédiateté de notre société se retrouve dans les pratiques des institutions et les pratiques des intervenants en toxicomanie alimentent aussi cette pseudo-pertinence de l'immédiateté. Le processus est alors fait d'une succession d'instantanés. On pourra parler de processus évolutif lorsque l'on aura géré une certaine quantité de moments juxtaposés que l'on essaie de relier pour leur donner un sens. Le temps ne se vit qu'au présent. L'histoire et l'avenir sont une reconstruction a posteriori.

## Pensée unique

**Primauté de l'économique** encore. Bien sûr, nous savons l'emprise des pouvoirs économiques sur nos conditions de vie. La recherche du profit dicte les priorités. La croissance est un impératif absolu. Les restructurations se moquent de ce qu'il advient des personnes éjectées. Le profit justifie tous les sacrifices, y compris les sacrifices humains.

Le combat politique autour du rétablissement de l'équilibre budgétaire des collectivités publiques met en scène cette primauté de l'économique. Le rôle de l'Etat est en train de se redéfinir: à Genève, la diminution des impôts accentue le phénomène du «chacun pour soi et l'Etat pour personne». La précarisation des personnes fait partie du prix à payer. La notion de citoyenneté fait son apparition timidement en Suisse, alors qu'elle est omniprésente en France. Et on se met à parler de citoyenneté dans la mesure où l'exclusion devient insupportable. La Suisse semble suivre le même mouvement que nos voisins français, avec quelques années de retard.

Il n'est plus besoin de dire à quel point la primauté de l'économique est absolue pour les personnes toxicodépendantes. Trouver quotidiennement leur produit les met en situation de chercher instant après instant la possibilité d'acheter la quantité de produits nécessaire à leur survie, que ce soit par le trafic, la délinquance, la manche voire le petit job momentané. L'OFSP n'échappe pas à ces contraintes de l'économique. La Confédération, comme les cantons, lutte pour amortir ses dettes et équilibrer ses budgets. Pourtant, on ne peut pas dire que le budget consacré aux questions liées aux dépendances soit en diminution, au contraire. Nous le savons, la politique des quatre piliers a le grand mérite de poser un cadre clair qui soutient une vision globale du problème. A l'intérieur de ce cadre, des innovations sont possibles, des essais sont réalisés, une dynamique est instaurée. Certes, on peut dire que la politique de l'OFSP est dictée par des impératifs économiques, mais qui ne sont pas que contraignants.

Pourtant, la précarité a aussi sa place... Ainsi des fonds sont prévus pour soutenir les innovations dans leur phase de démarrage. Mais, d'une part, les conditions salariales admises ne sont pas toujours correspondantes aux pratiques comparables dans ce domaine et, d'autre part, la survie au delà de la période de démarrage reste précaire.

Cette attention aux contraintes économiques, justifiée, a produit la création de critères de vérification pour les fonds investis, dont l'exigence des certificats médicaux.

De plus, de nouvelles exigences apparaissent comme par exemple celle des certificats de qualité. Les institutions qui veulent continuer à toucher des subsides devront faire valoir leur certification, qu'elle soit ISO ou TQM ou autre. Il s'agit non seulement maintenant de faire plus pour moins cher mais il faut encore faire mieux. La question se pose de savoir si les exigences de transparence et d'efficacité, qui sont posées sous prétexte de pressions de l'économique, sont une contrainte insupportable ou une opportunité que les institutions peuvent saisir pour réorienter leur action.

Ainsi donc, les institutions sont prises dans cette logique de la primauté de l'économique. La question n'est plus d'abord *que faudrait-il faire?* mais *comment cela va-t-il coûter?* La réflexion pédagogique semble devoir passer aujourd'hui par l'appellation de projet pilote pour recevoir des subventions de soutien à l'innovation.

## Conformité et tension

Je postule donc que l'individualisme, l'immédiateté et la primauté de l'économique sont des attributs aussi bien de notre société que des institutions résidentielles pour personnes toxicodépendantes. Les institutions sont surdéterminées par l'ensemble social dans lequel elles s'inscrivent. Mais je ne vois pas cette inclusion comme passive. Les institutions sont coactrices de la mise en scène de ces caractéristiques du jeu social, parfois malgré elles, parfois par choix. Ces trois impératifs sociaux sont alimentés, autogénérés par la circularité entre société et institutions. Une institution qui se sortirait de ce jeu-là mettrait en danger sa survie, même si, dans un premier temps, elle pouvait être soutenue comme expérience pilote...

Mais nous le savons aussi, la société n'est pas un bloc monolithique. Elle génère aussi d'autres discours, elle a ses contestataires et ses prophètes. L'individualisme ne peut avoir autant d'audience que parce que d'autres le condamnent, l'immédiateté n'est possible que si quelques ténors pensent le long terme, et la primauté de l'économique tient grâce aux exceptions qui confirment la règle. La contestation alimente toujours le

mouvement dominant. La société est un ensemble complexe, non réductible à un seul de ses éléments, non sujette à une logique sommative. L'interaction entre le mouvement dominant et ses opposants est toujours susceptible de dégager des espaces imprévus, d'autoriser des essais, de tolérer ou magnifier des expériences qui peuvent modifier les règles dominantes ou au contraire les renforcer.

Les institutions elles non plus ne sont pas des blocs monolithiques. Elles aussi sont prises en tenaille entre des impératifs contradictoires, des mythes concurrentiels, des forces antagonistes. Comme pour la société, ces tiraillements sont multiples et multiformes. Je me propose d'en tracer rapidement deux pour conclure cet article.

Je prétends que les professionnels qui travaillent dans le domaine des dépendances sont pris en tension entre des visions du monde dont chacune a une pertinence, et qui les font osciller dans des actes et des attitudes parfois contradictoires. Je présenterai deux de ces modèles que j'ai appelés le guide et le compagnon.

## Entre guide et compagnon

Le modèle du **guide** est un classique de l'éducation spécialisée. Il est particulièrement adapté à une population toxicodépendante. En effet, le professionnel est confronté à des personnes déboussolées, sous emprise, incapables de choix et de discernement, de projection dans l'avenir. Le guide a connaissance des processus qu'engendrent les produits et du cheminement nécessaire pour s'en libérer. C'est un expert. Cette expertise peut lui venir de sa formation ou du fait qu'il a lui-même effectué ce cheminement. Dans tous les cas, c'est un ancien, porteur d'une expérience validée. On peut dire que le guide offre un cadre clair, qui propose un modèle de normalité. Il sait ce qui est bien ou, en tout cas, il sait ce qui fait du mal. Dans le processus qu'il propose, il est le garant des contenus, des comportements qu'il faut privilégier ou apprendre. Le guide est patient, compréhensif, il peut accepter la rechute car il sait que cela fait partie du long cheminement vers la libération du produit. La solution passe inévitablement par le sevrage et l'abstinence.

Lui-même comme guide est extérieur au problème. Ce n'est pas lui qui est dépendant (même s'il l'a été). Il est là pour comprendre le problème de l'autre et le guider pour le dépasser. Lorsque la per-

sonne guidée ne suit plus, se révolte contre son guide, celui-ci comprend cela comme une résistance à la perspective de changer de vie, d'entrer dans un monde nouveau, sans produit. Ce n'est pas lui qui est en cause mais il est une surface de projection pour le guidé. Les processus de libération sont essentiellement individuels.

Le modèle du **compagnon** est aussi un classique de l'éducation spécialisée. Il s'appuie essentiellement sur l'entraide réciproque. La ressource principale se trouve dans la rencontre, la solidarité et l'entraide que peuvent se donner mutuellement des personnes confrontées à des difficultés semblables. Les groupes de pairs sont plus moteur que tout autre chose. Le professionnel n'est pas un expert des difficultés rencontrées, mais il est compétent pour favoriser l'entraide,



Photo Interfoto

*Guide ou compagnon ?*

l'expression, la rencontre. Sa responsabilité, c'est d'offrir un cadre qui permette aux personnes d'accéder à leurs ressources. Il est garant d'un processus mais ne détient pas les solutions. Une de ses compétences dominantes, c'est d'aider à construire avec les usagers ce qui fait problème, ce à quoi il faut faire face ensemble. Les solutions seront trouvées par les membres du groupe. Les rechutes, les pannes dans l'avance du travail sont liées au fait que la manière avec laquelle l'intervenant a co-construit le problème n'est pas aidante. Il faut alors aider à recadrer, à réinventer un nouveau sens. L'intervenant fait partie du processus de définition du problème.

## Entre tensions et contradictions

Certes, il y a encore d'autres figures de professionnel qui ont été décrites par divers auteurs. Mon idée n'est pas d'être exhaustif ni de proposer une typologie qui serait censée faire foi en ce domaine. Je ne propose pas de choisir entre un modèle ou un autre. Je suis convaincu qu'une certaine cohérence est nécessaire et qu'elle offre une plus grande possibilité de se repérer, autant pour le professionnel que pour l'usager. Mais à mes yeux, il n'y a pas un bon modèle qui s'opposerait à de mauvais modèles. Mon hypothèse serait plutôt que chaque intervenant, selon les moments et les circonstances, est tenté de passer d'un modèle à un autre. Tout comme les tensions et options divergentes façonnent l'évolution de la société, les nôtres forgent l'évolution de nos institutions. C'est à cette image également que sont ballottés les résidents de nos institutions.

Ces tensions peuvent apparaître comme des contradictions, elles le sont parfois. Selon la formule de Morin, ces tensions sont à la fois complémentaires et contradictoires. Elles peuvent nous inscrire, de même que les résidents, dans des situations de double contrainte. Nous avons appris par les travaux de Bateson que les situations de doubles contraintes peuvent devenir très pathogènes. Mais, nous avons aussi appris qu'elles le deviennent lorsqu'il y a impossibilité de fuir ou d'émettre des commentaires sur ces injonctions, comportements et contraintes contradictoires.

Je propose donc que la tension entre ces modèles dans lesquels sont pris les travailleurs sociaux des institutions résidentielles, les résidents de ces institutions et les institutions elles-mêmes, fasse l'objet de commentaires. Mettre des mots sur ces tensions, c'est les rendre repérables, c'est commencer à ouvrir des choix, à construire de la

complexité, donc à donner vie. Et plus nous parviendrons à mettre en mots cette tension, avec les résidents et avec les financeurs, moins ces tensions risqueront de provoquer des clivages irrémédiables. C'est aussi dans cette tension entre deux modèles, ou plus, que nous devons négocier les budgets. S'inscrire dans une ligne unique ne ferait que courir le risque d'alimenter de nouvelles dépendances, de nouveaux asservissements.

Individualisme, immédiateté et primauté de l'économique, mais aussi solidarité et entraide, insertion dans une histoire passée et à venir, et primauté pour des choix de sens, de beauté et de chaleur. Nous ne sommes pas dans une situation qui nous permet de choisir ou un pôle ou l'autre, mais en tension entre des exigences complémentaires et contradictoires, dans nos institutions résidentielles comme dans notre insertion sociale.

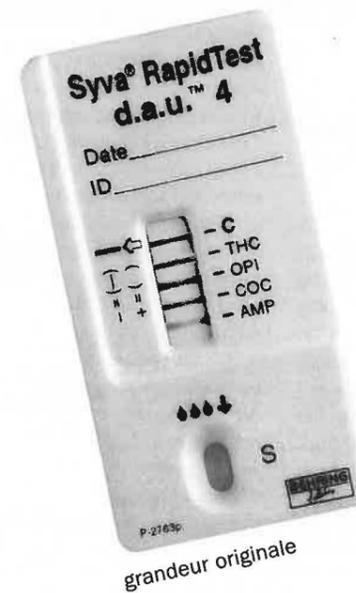
# Highlights concernant la désintoxication

## Nemexin® (Naltrexon HCl)

Le premier sevrage médicamenteux des opiacés sans opiacés qui, parallèlement à une prise en charge psychosociale, prévient efficacement la rechute.

**NOUVEAU: A partir du 1<sup>er</sup> juillet 1999, NEMEXIN® (Naltrexone HCl) est admis sans réserve par les assurances maladies.**  
(la limite de 3 mois est levée).

## SYVA® TEST RAPIDE



grandeur originale

Dade Behring produit le test immunoenzyme Emit®, méthode numéro un mondiale de dépistage des drogues.

Sous la forme d'une carte facile à manier, le test rapide SYVA® permet de détecter la présence d'une ou de plusieurs drogues dans les urines.

Le premier test de dépistage rapide des drogues avec contrôles réactifs incorporés pour des résultats fiables.

- simple
- rapide
- fiable
- offre

mettre 3 gouttes d'urine dans le creux vous avez le résultat après 10 min. au plus tard  
résultat clair, facile à lire  
tests uniques et combinés adaptés à tous les besoins:  
test à 4

- cannabis, cocaïne, opiacés, méthamphétamines
- cannabis
- opiacés
- cocaïne
- méthamphétamines
- barbituriques
- benzodiazépines
- méthadone

**Documentation, informations et exposés auprès:**

Opopharma S.A.  
c/o Polymed Medical Center  
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg  
Tél. 01/810 03 14 et 01/828 63 63  
Fax 01/818 04 10

# Le financement des traitements résidentiels

Bertrand Nussbaumer, Directeur de la Fondation la Passerelle, Président de la Coordination romande des institutions et organisations œuvrant dans le domaine des addictions, CRIAD, Boudry

(réd.) Les besoins en matière de traitement des personnes dépendantes de l'alcool ou des drogues illégales ont incité l'Office fédéral des assurances sociales, OFAS, à favoriser, dans les années 70 à 80, la création d'institutions résidentielles répondant à ces besoins. Les problèmes actuels de financement de l'assurance invalidité et des assurances sociales en général, la volonté de désenchevêtrement des tâches Confédération-cantons, l'arrivée du New public management et la diminution des demandes de traitement résidentiel ont amené les financeurs à revoir le mode de subventionnement des institutions sociales. Si la question de fond doit être posée – plutôt en termes de politique sociale et de politique de la santé – la manière qu'a choisie l'OFAS de traiter le problème « à la husarde » met sérieusement en danger les traitements résidentiels. Etat de la question et réflexions sur l'avenir.

## Introduction

La reconnaissance de la dépendance à l'alcool et aux autres drogues comme une maladie a fréquemment été discutée dans notre pays, mais n'a jamais obtenu un réel consensus. De même, la question du financement des séjours résidentiels pour les personnes toxicodépendantes, en particulier par les assurances sociales, n'a jamais été réglée de manière claire et satisfaisante.

Dans les années 1980, plus précisément de 1982 à 1989, la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool s'était déjà occupée de cette question de financement. Un groupe de travail avait notamment été constitué et une étude avait été faite pour mieux répartir les charges financières entre les assurances sociales et les cantons, ainsi que pour examiner l'articulation entre la participation financière de l'assurance-maladie et celle de l'assurance-invalidité. Cette étude a été déposée auprès de l'OFAS mais, à notre connaissance, aucune suite officielle n'y a été donnée. Une explication à cette absence de suite tient notamment au fait que les comptes des assurances sociales, notamment de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie, ne présentaient pas de signes aussi inquiétants qu'actuellement. De ce fait, le mode de financement qui était pratiqué à ce moment paraissait acceptable pour chacun. Cette étude a néanmoins favorisé la reconnaissance d'un certain nombre d'institutions par la section assurance-invalidité de l'OFAS, au titre de prestations collectives pour les invalides.

Dans le rapport de Reha 2000, compte rendu de l'étude sur la situation actuelle et les mesures souhaitables en matière de traitement résidentiel des personnes toxicodépendantes, publié en 1994 à la demande de l'OFSP, les mêmes thèmes sont repris quant au subventionnement des institutions pour toxicomanes: «Le financement du traitement résidentiel des toxicomanes incombe aux cantons. Les communes sont, quant à elles, responsables de l'application des législations cantonales relatives aux affaires sociales et sanitaires. Les caisses-maladie versent des contributions pour couvrir les coûts individuels de sevrage en milieu résidentiel, alors que l'assurance-invalidité attribue des montants globaux aux centres de réinsertion et participe ainsi à leurs investissements et à leurs frais de gestion.

Ce qui fait véritablement problème, c'est l'absence d'un mode de financement uniforme. Pour la personne toxico-dépendante qui suit un traitement, cette lacune a d'importantes conséquences pratiques. Selon le contexte, elle pourra être soignée gratuitement ou devra, au contraire, faire face à des frais élevés; tout dépendra de l'institution dans laquelle elle séjournera. On peut donc affirmer d'emblée qu'une première nécessité s'impose: définir les responsabilités et compétences respectives des assurances sociales de façon beaucoup plus précise. De plus, il faut améliorer la coordination des directives cantonales en matière de financement des thérapies résidentielles, afin que les réinsertions ne soient plus retardées, voire carrément empêchées, pour des questions d'argent».

Nous pouvons constater que la situation n'a pas évolué entre 1989 et 1994 et que les préoccupations des milieux résidentiels en particulier, du secteur de l'alcoolologie comme celui des drogues illégales se rejoignent et restent d'actualité.

Des différences existent selon les régions linguistiques de notre pays, l'approche étant plus médicalisée en Suisse allemande qu'en Suisse romande, en particulier dans le secteur alcoolologique. En Suisse allemande, nous pouvons relever des liens plus étroits avec le corps médical, une professionnalisation plus marquée et plus précoce, mais également la possibilité d'obtenir un financement par les assurances-maladies.

En Suisse romande, l'approche plus pragmatique, plus centrée sur le vécu social de la personne alcoolique accueillie, a fait que, très longtemps, l'accompagnement a été peu conceptualisé. Le financement est souvent resté l'affaire des cantons, par le biais de l'assistance ou de la prévoyance sociale.

Dans certains cantons, nous avons également relevé l'incohérence de voir la gratuité du séjour pour le pensionnaire qui venait placé au sens de l'art 44. du CPS (suspension de l'exécution d'une peine au profit d'un traitement), alors que celui qui venait volontairement devait payer sa pension.

Il faut également relever cette incohérence de voir un séjour en milieu psychiatrique, pour un sevrage, mais aussi pour des hospitalisations de plus longue durée, être intégralement pris en charge par les assurances-sociales et plus précisément par l'assurance-maladie, même si aucun programme spécifique d'accueil et de traitement de la dépendance n'est prévu, alors que des programmes spécifiques dans des institutions spécialisées n'obtiennent pas de soutien financier.

## Les incitations de l'OFAS

Les premiers contacts établis avec l'OFAS, et plus précisément sa section assurance-invalidité à la fin des années 1970, ont suscité de grandes espérances. Non seulement, une source de financement, apparemment sans limite – puisque pendant de nombreuses années, la part du subventionnement fédéral a été en augmentation constante – était garantie aux institutions, mais également une reconnaissance officielle de leur travail était manifestée.

Par ailleurs, leur philosophie de travail correspondait bien aux directives offi-

cielles. Nous citons ici des extraits d'une note publiée par l'OFAS, dans les années 1980, sous le titre de «La réadaptation socioprofessionnelle des handicapés psychiques, de l'alcool ou de la drogue»:

«L'évolution dans la prise en charge des handicapés psychiques, y compris des handicapés de l'alcool et de la drogue, a démontré que les mesures à prendre à leur égard n'étaient pas seulement d'ordre médical, mais aussi d'ordre socio-professionnel. C'est alors que l'on a examiné avec les milieux intéressés de quelle façon l'AI pouvait intervenir dans la réadaptation de ces handicapés, en vue de leur réinsertion dans le circuit social et économique normal ou protégé...»

«Des mesures d'ordre socio-professionnel doivent être entreprises. Il s'agit alors d'offrir aux handicapés des possibilités d'hébergement et de travail, voire de formation initiale ou de reclassement professionnel dans un milieu pourvu d'un encadrement adéquat...»

«Cette conception de la prise en charge a permis à l'AI de définir les limites de l'aide qu'elle pouvait apporter dans l'application des mesures envisagées. Il est apparu d'emblée que la phase des mesures médicales relève entièrement de l'assurance-maladie. En revanche, les deux autres étapes où l'on a affaire à des handicapés qui doivent être réadaptés sur le plan professionnel ou ne peuvent exercer aucune activité lucrative dans des conditions normales, et qui ont besoin d'un hébergement protégé, relèvent du domaine de l'AI (prestations individuelles ou collectives)...»

«Depuis l'apparition des prestations de l'AI en faveur de cette catégorie de handicapés, ... plusieurs communautés pour handicapés psychiques, de l'alcool et de la drogue ont vu le jour dans toutes les régions de la Suisse. Il est à souhaiter que cette aide apportée par l'AI contribue à résoudre, du moins en partie, les difficultés toujours plus grandes rencontrées dans la lutte pour le maintien ou le recouvrement de la santé tant psychique que physique. Elle devrait également encourager la création de nouvelles places pour mieux répondre aux besoins croissants relevés par tous les milieux concernés.»

«L'OFAS suit le développement dans ce domaine avec beaucoup d'intérêt. Il continuera à prêter son concours dans la recherche de solutions aussi bonnes que possible. Son but est de permettre ou de faciliter la réintégration, dans la société, de ceux qui en ont peur ou qui la renient.»

Dès cette invitation, le travail des institu-

tions romandes s'est toujours plus porté vers la réadaptation et la réinsertion professionnelle et sociale des personnes alcooliques d'abord, puis toxicodépendantes, dans le sens du mandat octroyé par l'assurance-invalidité.

Ce soutien financier de la Confédération a permis de développer le réseau résidentiel d'accompagnement de manière conséquente. Durant ces vingt dernières années, le nombre d'institutions pour alcooliques en Suisse romande, membres de l'Asrodima (Association romande des directeurs des maisons d'accueil pour alcooliques), ou ensuite de la Cirsa (Conférence des Institutions romandes spécialisées en alcoolologie), a passé de 6 à 11 et le nombre de lits à disposition a plus que doublé, passant de 151 à 322 lits, sans tenir compte d'un certain nombre d'appartements ou de studios protégés. Et nous ne parlons pas de toute l'amélioration apportée dans l'accompagnement des personnes alcooliques, grâce à une professionnalisation accrue et au développement d'un travail multidisciplinaire.

Ce développement n'aurait jamais été possible avec le seul soutien financier des cantons. Il s'agit bien d'un effet lié, au moins partiellement, au soutien financier de l'OFAS. Les effets bénéfiques les plus importants sont l'augmentation des possibilités d'accompagnement, la réelle possibilité de choix entre des institutions différentes, ainsi qu'une augmentation des compétences professionnelles dans l'accompagnement des personnes toxicodépendantes.

Il faut encore relever que seule une petite partie des personnes toxicodépendantes séjourne dans des institutions reconnues par l'AI. Selon les dernières statistiques publiées par l'OFAS, sur la base des chiffres à fin 1995, seules 3050 personnes toxicodépendantes séjournent dans des institutions subventionnées selon l'art. 73 LAI, ce qui représente environ 6 à 7% des personnes en traitement.

## Une nouvelle répartition des tâches

Au niveau politique, il faut encore mentionner la question du partage des tâches entre la Confédération et les cantons. Dans le paquet actuellement en discussion, il est notamment prévu que les prestations collectives de l'assurance-invalidité soient transférées de la Confédération aux cantons. La décision définitive n'est

pas encore prise, mais nous sommes convaincus que si nous voulons maintenir une offre résidentielle d'accompagnement de qualité et variée et laisser à chacun la possibilité de choisir son lieu de traitement, nous avons intérêt à nous battre. En période de difficulté conjoncturelle, nous constatons une nette tendance à la diminution des séjours extra-cantonaux, chaque canton souhaitant en priorité utiliser ses propres ressources dans leur pleine capacité plutôt que de payer des séjours dans d'autres cantons. De nombreuses pressions s'exercent actuellement dans ce sens. Cela va totalement à l'encontre d'un accompagnement résidentiel de qualité des personnes toxicodépendantes pour deux raisons au moins :

- d'une part, souvent, une personne alcoolique ou toxicomane désire faire une coupure avec son environnement habituel et, de ce fait, souhaite pouvoir séjourner dans une institution assez éloignée de son lieu de domicile,
- d'autre part, chaque canton n'est pas à même d'offrir une palette suffisamment large et variée d'institutions pour permettre réellement le choix de l'institution; tel pensionnaire préférera séjourner dans une institution à la campagne, un autre en ville, telle institution a un programme centré sur la spiritualité, telle autre accorde plus d'importance aux diverses possibilités d'occupation; nous devons nous engager pour que la personne toxicodépendante garde cette possibilité de choix.

Le document publié par COSTE en janvier 1997 sur les mécanismes cantonaux de financement dans le domaine des thérapies résidentielles pour personnes toxicodépendantes montre la très grande disparité des réponses apportées au financement des séjours résidentiels. Un retrait de la Confédération de ce domaine avec une délégation complète de la responsabilité aux cantons risque d'accroître encore ces différences.

Il paraît également important de relever certaines interrogations concernant le rôle joué par le Tribunal fédéral des assurances. Cette autorité judiciaire a joué un rôle considérable dans l'évolution de nos relations avec l'OFAS. Son interprétation restrictive de l'art. 4 LAI a remis partiellement en question le financement par l'OFAS des institutions. La plupart de ses décisions de ces dernières années soutiennent une pratique toujours plus restrictive quant au versement de subventions par l'assurance-invalidité.

## Un financement par la Loi sur l'assurance - maladie

Les dernières modifications apportées à la loi sur l'assurance-maladie ont incité certaines institutions à réfléchir à leur mode de financement. La dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie nous laisse penser qu'une partie au moins des frais de séjour en milieu résidentiel pour des personnes alcooliques ou toxicomanes pourrait être financés par le biais de cette autre assurance sociale. Toutes les institutions pour alcooliques de Suisse allemande, sauf une, ont établi des contacts dans ce sens et sont inscrits par leur canton de domicile sur la liste des hôpitaux en tant qu'hôpitaux ou en tant qu'établissements médico-sociaux et sont de ce fait reconnus par les diverses assurances-maladies.

En suisse romande, seul Clos-Henri, institution située au Prédame, dans le Jura, a entrepris une telle démarche et a obtenu une reconnaissance d'établissement médico-social par les assurances-maladies.

La réflexion doit être poursuivie et développée quant à la question des prestations financées par les caisses-maladie dans les institutions. Dans son avis de droit intitulé «Problèmes liés à la dépendance aux drogues ou à l'alcool», publié en 1998, le Professeur Jean-Louis Duc dit clairement que «la phase du traitement intéresse pratiquement exclusivement l'assurance-maladie (à de rares exceptions près)». Il suggère également une extension du catalogue des mesures de prévention à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Les propositions faites par le Professeur Duc laissent espérer une participation plus active de l'assurance-maladie au financement des traitements résidentiels, mais il est utopique de s'imaginer qu'elle reprendra intégralement le rôle dévolu jusqu'à ce jour à l'assurance-invalidité.

## Des propositions à discuter

La modification de pratique de l'OFAS a rapidement provoqué des difficultés de trésorerie dans un nombre important d'institutions pour toxicodépendants. Devant une crainte réelle d'assister à un démantèlement rapide et conséquent de l'offre thérapeutique, de nombreuses démarches individuelles et collectives auprès du Conseil fédéral ainsi que de

l'administration fédérale, ainsi que de nombreuses interventions parlementaires et des cantons, ont été entreprises. Elles ont convaincu la Confédération de la nécessité d'élaborer un nouveau modèle de financement du traitement résidentiel.

Le projet élaboré par le groupe de coordination et par les divers groupes de travail prévoit de remplacer les forfaits journaliers et la garantie de déficit par un financement des prestations sur la base de forfaits par champs d'intervention. L'élaboration de 36 champs d'intervention, tenant compte de la durée de l'intervention, du degré d'intensité de l'intervention et de 4 domaines de prestations, est intéressant.

De nombreuses craintes peuvent néanmoins être énoncées ici :

- L'accueil de ce nouveau modèle de financement en procédure de consultation a été très réservé. Ainsi, la CRIAD (Coordination romande des institutions et organisations œuvrant dans le domaine des addictions) demande qu'une nouvelle procédure de consultation soit envisagée lorsque les divers champs d'intervention auront été déterminés.
- Pour que ce modèle puisse être praticable, une extension du mandat de la convention intercantonale relative aux institutions est indispensable et une adhésion de la plupart des cantons à cette convention est nécessaire.
- La définition des divers champs d'intervention est difficile, car elle doit être assez précise pour permettre un financement forfaitaire, mais assez large afin de ne pas réduire la diversité de l'offre thérapeutique.
- L'entrée en vigueur du nouveau modèle, envisagé pour début 2001, n'est pas certaine. En effet, la définition des divers champs d'intervention n'est toujours pas terminée en novembre 1999, alors que le calendrier indiqué dans la consultation prévoyait la fin de ce travail en août 1999.
- La part du financement de la Confédération et des cantons, mais également des assurances sociales, n'est pas encore définie clairement.
- L'évaluation de l'existence d'une invalidité chez chaque résident accueilli dans une institution par l'Office cantonal AI est une pratique administrativement lourde et compliquée. Elle risque également de provoquer une invalidation supplémentaire des toxicodépendants. La durée de cette

démarche risque également de maintenir une incertitude quant à la participation de l'assurance-invalidité au financement de chaque séjour.

## Financement intermédiaire

Afin d'assurer la survie des institutions durant la période d'élaboration du nouveau modèle de financement, le Département fédéral de l'Intérieur, par l'intermédiaire de l'Office fédéral de la santé publique, a versé à deux reprises des aides transitoires en décembre 1998 et en juin 1999. Ces deux aides, d'un montant de Fr. 3 000 000.- pour la première, et d'un montant de Fr. 15 000 000.- pour la seconde, permettent juste aux institutions de faire face à leurs besoins de liquidité durant cette année.

L'Office fédéral des assurances sociales, par sa section assurance-invalidité, a également procédé au versement d'avances complémentaires durant le printemps 1999. Ces diverses aides ont permis d'éviter la faillite de plusieurs institutions.

La situation reste néanmoins excessivement critique. En effet, l'avance versée par l'OFAS est déjà une avance versée sur l'exercice 1999 et réduit donc d'autant les liquidités qui seront à disposition des institutions au début de l'an 2000. Si rien n'est entrepris dans de très brefs délais, le financement intermédiaire n'aurait que permis de retarder l'échéance crainte par beaucoup, à savoir un démantèlement de l'offre de traitement résidentiel pour les personnes toxicodépendantes. Il est particulièrement inquiétant de constater que de nombreuses institutions fournissant des prestations reconnues et de qualité depuis de nombreuses années sont menacées par ce démantèlement, uniquement en raison de considérations financières.

## Conclusions

Les difficultés de financement des assurances sociales - nous pensons en particulier à l'assurance-maladie et à l'assurance-invalidité - reposent la question du financement de l'accompagnement résidentiel des personnes alcooliques et toxicomanes.

Cette remise en question suscite certaines réactions :

- Sans aborder ici la question du coût social de l'alcoolisme et de la dépendance aux drogues illégales, nous voulons affirmer que notre action d'accompagnement, mais également de prévention et de traitement, apporte avant tout un gain et non une charge financière; nos prestations permettent un gain social et financier conséquent et ne doivent pas toujours être considérées comme une charge. Il est important de rappeler ici que de nombreuses personnes ont quitté nos institutions et ont pu se réinsérer socialement et professionnellement, évitant ainsi à l'assurance-invalidité de payer des rentes durant de nombreuses années.
- Nous devons nous opposer fermement à tout démantèlement dans les assurances sociales au détriment des plus faibles de notre société. Dans ce sens, nous ne considérons pas comme un hasard qu'un des premiers secteurs touchés soit celui des personnes alcooliques et toxicomanes, sachant le peu de considération et de soutien politique et culturel que ces personnes rencontrent dans notre société.
- Nous devons nous opposer fermement à toute décision précipitée en raison de difficultés financières; ainsi qu'à des modifications apportées sans ligne cohérente.

• Nous pouvons considérer comme une chance de pouvoir une fois réfléchir sur la question du financement des séjours résidentiels des personnes alcooliques et toxicomanes, afin de clarifier de manière plus précise qui fait quoi et comment.

• Nous devons veiller à ce que l'accessibilité aux institutions soit garantie au-delà des frontières cantonales.

• Nous devons nous assurer que l'offre de prestations reste variée et adaptée aux besoins divers des personnes que nous accueillons et qu'elle ne soit pas limitée par des considérations financières; nous pensons notamment à l'offre de programmes limités dans le temps pour des personnes encore insérées socialement et professionnellement et qui sont remises en question en raison de difficultés de financement. Il nous paraît important de rappeler ici que de nombreuses études montrent que le taux de réussite est nettement plus élevé pour les traitements proposés aux personnes encore insérées et dont l'alcoolisme n'a pas atteint certaines fonctions de manière irréversible. D'autres études montrent également qu'un traitement entamé au début du parcours de dépendance favorise une durée de traitement résidentiel plus bref, d'où d'autres économies potentielles.

• Le transfert des prestations collectives de l'AI aux cantons dans le cadre de la réflexion sur le partage des compétences entre Confédération et cantons peut même se poser, mais cela doit également rentrer en compte dans la réflexion globale en termes d'offres de prestations et non pas en économie financière.

Notre souhait est que chacun s'engage de manière toujours plus conséquente dans la défense des droits de ceux que nous avons choisis d'accompagner.

# Histoire et perspectives des institutions résidentielles

Michel Pluss, directeur du Centre résidentiel à moyen terme, CRMT, Genève

(réd.) Il y a bien longtemps, les communautés thérapeutiques ont été créées. Modèle directement importé des Etats-Unis, il était évidemment lié à une prise en charge du type behavioriste. La teinte des institutions résidentielles pour toxicomanes était aussi donnée par les valeurs de la société: cachez ce marginal que nous ne saurions voir...

Les résidentiels doivent se réadapter. Ouverts sur la société, ils n'ont plus que le choix de l'écologie – permettre une intégration directe et au quotidien.

## Préambule

Aujourd'hui, l'institution résidentielle pour personnes toxico-dépendantes est à la croisée des chemins. Restrictions financières et images douteuses – pseudo-carcérales ou club-med, c'est selon – ne sont pas les seuls éléments à mettre en cause. Les résidentiels, anciennement dénommés communautés thérapeutiques, ont aussi un besoin important de s'adapter aux nouvelles formes de toxicodépendances et surtout aux nouvelles données sociales.

La communauté thérapeutique forte, contraignante mais aussi contenante et sécurisante est dépassée dans une société beaucoup plus individualiste où la normalisation morale musclée du toxicomane a été progressivement remplacée par une normalisation médicale et chimique. C'est-à-dire qu'il y a eu remplacement d'un cadre de contrainte par la collectivité, coercitif et moralisateur – à l'origine en tous les cas et, parfois encore, hélas – par un cadre chimico-thérapeutique: généralisation de la substitution, psychiatrisation de la dépendance (lecture en terme de co-morbidité) et camisole chimique (hauts dosages, systématisation de l'emploi de médicaments psychotropes) qui puisse contenir le débordement et la toute puissance fantasmée du toxicomane...

De fait, largement débarrassé d'attentes sécuritaires pernicieuses, le résidentiel voit une chance particulière d'adapter ses atouts les plus pertinents qui correspondent, nous allons le voir, parfaitement aux besoins des personnes dépendantes d'aujourd'hui.

## Bref historique

Les communautés thérapeutiques sont nées aux Etats-Unis en 1958, inspirées par le système des Alcooliques Anonymes: comportementalisme (version behavioriste de Skinner), sans professionnels. La prise en charge y était strictement communautaire et normative (pas de prise en charge individuelle). L'idée soutenue par le behaviorisme est que la toxicomanie est une déviance, une inadaptation sociale et que la voie est un re-conditionnement (cf la terminologie de l'époque de «maison de redressement» concernant les adolescents). Donc, pour redresser, on va plier à la norme. Prise en charge, comme on peut le constater, d'une éthique douteuse... Etape suivante, toujours aux USA, DAYTOP qui repose sur:

- une équipe mixte de toxicomanes et professionnels
- une durée définie (en général une année)
- un travail structuré (phases par exemple)
- un type de prise en charge: behaviorisme (toujours!).

Fin des années 70: arrivée en Europe. Ce système «prend» tout de suite: «Ils» connaissent le problème, le prennent entièrement à charge et ainsi protègent et soulagent, pense-t-on, le corps social et le «toxico» de lui-même et de sa drogue. Ainsi, le résidentiel a répondu en premier lieu à un besoin de sécurisation, à l'exception peut-être de la tentative malheureuse du «Levant» dans les années 70, de

lui donner une autre orientation. Sécurisation de la société face à une population peu contrôlable, sécurisation des personnes dont la consommation de produits psychotropes atteint un seuil de compulsion et de dépendances qui ne permet plus une vie autonome. On le voit, l'héritage est lourd et parfois encore sournoisement niché au creux des institutions.

Mais un lieu de vie centralisé permet, de plus, d'aborder une multitude de niveaux de problèmes différents: vie sociale, difficultés individuelles, santé, problèmes concrets, etc. C'est cette professionnalisation (interventions centrées sur des problématiques individuelles, élaboration référentielle et conceptuelle, formation du personnel) à laquelle se sont attelées ces institutions dans les années 80/90.

Le pas sans doute le plus important s'est construit autour de l'individualisation progressive des prises en charge et l'abandon d'une éducation moralisatrice (édicant le bien et le mal pour ses ouailles), remplacée par une approche éthique fondée sur le respect et le renforcement des valeurs de l'individu: en 1999, il demeure peu d'institutions à vocation coercitive et initiatique.

Des activités concrètes déjà présentes – ateliers, sport, etc. – se sont renforcées et parallèlement s'est développé, petit à petit, un travail thérapeutique efficient sur différents registres:

- émotionnel
- relationnel et familial
- art-thérapie, etc.

Comme on le voit, la professionnalisation des lieux de travail a permis un accroissement sensible des interventions, par la multiplication de prestations plus élaborées, au fur et à mesure que la vision et l'expérience des professionnels allaient en s'affinant, mais toujours *intra-muros*. Les lieux se sont transformés en institutions dites thérapeutiques; traitement de la dépendance, prise en compte des effets sociaux de l'addiction puis insertion.

Mais, si elles se sont enrichies de l'intérieur, elles se sont peu donné l'occasion de le faire en tissant des liens avec la «cité», au risque de renforcer une centralisation déjà excessive et de pénaliser ainsi la réinsertion.

## Contexte social

L'évolution de la société, elle aussi, a changé la donne et modifié sensiblement les besoins. Le changement le plus grave

aujourd'hui apparaît au travers de la désafférentation grandissante des populations exclues, en miroir à un individualisme plus prononcé des acteurs sociaux:

- La «crise» elle-même, par le chômage bien sûr, mais également par la disparition de toute une frange d'insertion à la marge – «les petites mains» par exemple – laisse les personnes en souffrance en contact avec les seuls lieux de soins: il est symptomatique de voir, aujourd'hui, que les réseaux d'apparte-

nance des personnes qui consultent les services d'aide sont essentiellement constitués des réseaux sociaux et de santé au détriment des réseaux primaires qui eux se désagrègent.

- L'allongement de la période de toxicodépendance illégale et/ou substitutive rend plus sensible les déficits éducatifs et l'isolement.
- Les différents recours aux psychotropes des personnes dépendantes ont aussi évolué. Aujourd'hui, chez les personnes qui s'adressent aux résidentiels, on

Publicité

## Postdiplômes d'avenir

L'Ecole La Source propose plusieurs orientations de formations postdiplôme aux professionnels de la santé et des secteurs sociaux.



- Pratiques interdisciplinaires en santé communautaire, PRISC
- Pratiques interdisciplinaires en santé communautaire, option: santé mentale et psychiatrie
- Pratiques interdisciplinaires en gérontologie-gériatrie, PRIGG
- Certificat en promotion de la santé

Formations en cours d'emploi, organisées en modules et crédits. Validation sur la base de projets réalisés dans votre activité.

Une qualité d'enseignement reconnue. L'ambiance unique d'une Ecole réputée.

Renseignez-vous au secrétariat des formations postdiplômes: tél. 021/ 641 38 39 - fax 021/ 641 38 38

**ELS La Source**  
La Vie en Valeur

Ecole romande de soins infirmiers de la Croix-Rouge suisse

Avenue Vinet 30 - CH-1004 Lausanne - www.lasource.ch

constate que les toxicomanies deviennent de plus en plus des pratiques solitaires. Par exemple, chez les cocaïnomanes compulsifs, les rituels se sont réduits à la recherche de produits et à la consommation elle-même: recherche d'argent, du produit et 20 à 40 shoots par jour laissent peu de loisirs...

- Les traitements de substitutions, dans leur efficacité sanitaire, ont repris, pour un temps, la double mission de sécurisation du politique et de l'individu en souffrance, laissant un large champ ouvert à la résolution de la dépendance et de ses impacts sociaux.

Alors, dans une société dure, pourquoi sortir d'un lieu de ressourcement chaleureux qui apporte soins, une vie quotidienne et une sécurité qui a tant fait défaut, si l'institution est trop «bonne», trop nourricière et pas assez frustrante? Plus elle est efficace dans son mandat de redonner confiance et goût à la vie de ses clients, plus leur qualité de vie augmente *intra-muros*, plus l'idée d'en sortir est difficile... Quel paradoxe si, d'autant plus, l'institution vit repliée sur elle-même et si elle n'offre pas de *liens suffisamment crédibles et organiques* avec le «biotope» futur du bientôt-ex-client. De plus, dans un contexte de menaces financières et de critiques parfois virulentes, le réflexe naturel pour ces institutions, comme pour leurs clients, est le repli sur soi. Avec, comme conséquence, le renforcement de la chronicisation et de la ghettoisation de ses clients.

### Vers un résidentiel «écologique»

C'est, paradoxalement, pour toutes ces raisons-là que le résidentiel a, dans la période à venir, une carte importante à jouer. Ses atouts? Un lieu d'apprentissage sans équivalent:

- acquisition de compétences sociales et relationnelles (prendre sa place dans un groupe, gérer stress et émotions, apprendre à négocier etc.)
- apprentissage éducatif de base (hygiène, rythme quotidien, temps libre)

- règlement des problèmes concrets (dettes, justice, dossier administratif, etc.)
- acquisition de compétences administratives (informatique, courrier, impôts, recherche d'emploi, etc.)
- apprentissage d'une autonomie face aux produits psychotropes et/ou le cas échéant à l'abstinence.

On le voit ces savoir-faire déjà efficaces répondent parfaitement aux besoins évoqués. Cependant, il semble nécessaire d'aller un peu plus loin: l'articulation à développer aujourd'hui est celle du lien avec la «cité» afin que l'institution ne prenne pas le risque de devenir cet espace cocon. Jusqu'à présent, la réinsertion s'est construite sous forme d'une «phase» posée en fin du séjour. Après 3 ou 18 mois d'immersion institutionnelle, quelques mois permettaient de retisser des liens avec le futur biotope du «retour à la ville». Or cette méthode, si elle a pu suffire à une époque – et on peut légitimement se poser la question – est visiblement aujourd'hui insuffisante. La voie semble tracée par ces expériences d'ancrage de la vie institutionnelle avec une réalité externe, dans le cours même du séjour: action commune avec une ONG à l'étranger, ateliers liés à la vie sociale ordinaire (donc externe à l'institution) par exemple, déjà pratiqués ici ou là.

En bref, passer d'un modèle thérapeutique à un *processus institutionnel permanent d'insertion* dans une politique de réhabilitation de la personne et d'intégration dans lequel, dès le début du séjour, se retisse la vie sociale de la personne, confrontant chaque jour ses acquis dans l'institution à sa propre vie sociale, dans un va-et-vient constant. Cela implique un redimensionnement des missions de l'institution avec probablement un recentrage sur ses compétences spécifiques, en articulation avec le réseau d'aide et de soins pour les tâches connexes à son activité, nécessaires au client mais dont elle n'est pas spécialiste (psychothérapie p. ex.). En allant plus loin, on peut se dire qu'une institution ne peut pas prétendre réaliser une insertion effective si elle n'est pas elle-même en lien avec la vie sociale. Cela implique non seulement que l'institution permette que le client puisse s'ancrer rapidement à l'extérieur, mais que *l'institution elle-même* soit structurellement articulée avec la vie civile (entreprise, vie associative, etc.). Un lieu non plus conçu comme séparé (ayant aban-

donné la notion même de «coupure» avec l'extérieur vécu autrefois comme nocif: zone, amis ou parents), mais en synergie complète avec ses réseaux. Une institution *écologique* parce qu'intégrée au lieu même de la vie sociale, non centralisatrice, offrant un traitement mixte des problématiques provoquées par la dépendance, entre son offre spécifique et celle de ses partenaires sociaux. Cela implique également que le client passe, dans la représentation du professionnel, d'un statut d'aidé à celui de partenaire du cheminement vers son insertion. C'est dans cette vision dynamique et écologique (parce qu'intégrée à son milieu naturel), que l'institution résidentielle a une carte résolument novatrice et sans égale à jouer.

<sup>1</sup> à comprendre comme une métaphore du lieu de vie social prévu comme insertion

**PAGE FREDERIC**  
EQUIPE NATIONALE U-21  
DEFENSEUR  
*Je pense que cela ferait plus de mal que de bien à mon corps... Il ne faut pas fumer pour être à la page et faire partie des gens branches!*

**BIELI RAINER**  
EQUIPE NATIONALE U-21  
ATTAGUANT  
*«Je n'ai jamais fumé et j'espère ne jamais le faire - pour le bien de mes poumons!»*

**LÄMMLER RAYMOND**  
EQUIPE NATIONALE JUNIOR  
DEFENSEUR  
*«En tant que sportif, je ne fume pas - nous devons être des exemples!»*

**KUHN KÖBI**  
ENTRAINEUR DE L'EQUIPE NATIONALE U-21  
EX-INTERNATIONAL  
*«C'est un art difficile que de jouer de la vie - et la fumée n'en fait pas partie!»*

**BOLLI RETO**  
EQUIPE NATIONALE JUNIOR GARDIEN  
*«J'ai de la peine à comprendre ce qui motive les fumeurs.»*

**KELLER STEPHAN**  
EQUIPE NATIONALE JUNIOR DEFENSEUR  
*«C'est du cancer de poumon qu'est mort le cow-boy Marlboro!»*

**FREI ALEXANDER**  
EQUIPE NATIONALE JUNIOR JOUEUR OFFENSIF  
*«Les sportifs qui fument ne peuvent pas accomplir des performances de premier plan sur la durée.»*

**LIPAWSKI SEBASTIEN**  
EQUIPE NATIONALE JUNIOR JOUEUR DE MILIEU DE TERRAIN  
*«Le sport, c'est la santé! Et le tabac? Il est prouvé scientifiquement que fumer est malsain pour la santé, c'est comme un poison à long terme. On ne doit pas de cyanure, donc, pourquoi fumer?! Fumer provoque l'accoutumance, toute dépendance aliène l'homme, lui enlève sa liberté - fumer „une prison inconsciente“!»*

**SFORZA CIRIACO**  
BUNDESLIGA, CAPITAINE DE L'EQUIPE NATIONALE SUISSE  
*«La fumée nuit à la santé! Celui qui est vraiment cool, bien dans sa peau et sûr de lui ne fume plus depuis longtemps. C'est justement chez les jeunes que la fumée est un signe de faiblesse et de manque de confiance en soi; renoncer à la fumée rend fort.»*

# NOUS NE FUMONS PAS!

**at**  
info@at-schweiz.ch

# A qui s'adresse le secteur résidentiel alcool ?

Jacques-Antoine Gauthier, collaborateur de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), Lausanne

En Suisse, à peine trois pour cent des personnes prises en charge pour un problème d'alcool le sont dans une institution spécialisée en alcoologie. Qu'est-ce qui les différencie des autres consommateurs à risque ? Comment ce choix s'opère-t-il ? Cette article présente une brève description de la clientèle du secteur résidentiel, basée sur les données récoltées dans le cadre de la statistique SAKRAM / CIRSA entre 1993 et 1997 et propose quelques comparaisons avec la population générale.

## Introduction

Le traitement des problèmes d'alcoolisme en Suisse a une tradition centenaire. Le système actuel de prise en charge est donc le fruit d'une longue évolution. Très schématiquement, on peut en rappeler quelques étapes importantes :

- apparition des «épidémies d'eau-de-vie» et des mouvements populaires de tempérance,
- changement du statut de l'alcoolisme comme vice à celui de maladie se traduisant entre autres par la création des premiers foyers de prise en charge résidentielle d'abord, puis ambulatoire (dès la fin du XIX<sup>e</sup>),
- professionnalisation de la prise en charge (en 1920 a eu lieu la première conférence sur l'efficacité des traitements),
- introduction de la dîme de l'alcool qui accorde 10% de l'impôt perçu à la prophylaxie de l'alcoolisme et donc aux systèmes de traitement (1930),
- diversification et médicalisation de l'offre (remboursement progressif par les assurances),
- réduction du nombre d'internés involontaires par mesure administrative (1970: 50%, 1988: 3.6%),
- ouvertures aux autres dépendances et développement de la prise en charge spécifique des femmes<sup>1</sup>,
- création d'associations d'établissements effectuant des relevés standardisés communs sur leur clientèle (*Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszen-*

*tren für Alkohol- und Medikamentenabhängige* - SAKRAM, depuis 1984 en Suisse alémanique et la Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie - CIRSA, depuis 1992 en Suisse romande).

Le développement de cette structure d'aide ne doit pas faire oublier qu'actuellement en Suisse seulement 16% de la population adulte (15-74 ans) est totalement abstinent et qu'à l'opposé 59% boit au moins une fois par semaine<sup>2</sup>. On peut donc se demander quels sont, parmi les 84% qui boivent régulièrement de l'alcool (plusieurs fois par année), ceux dont la consommation d'alcool pourrait conduire à recourir à un service spécialisé ? On considère comme moyennement risquée une consommation de 20 à 40 grammes d'alcool pur par jour pour les femmes (135000 en Suisse selon l'Enquête suisse sur la santé<sup>3</sup> (ESS) et de 40 à 60 g pour les hommes (140000 en Suisse selon l'ESS). Au-delà, elle constitue un risque élevé et est considérée comme dommageable (50000 femmes et 150000 hommes en Suisse selon l'ESS). Sur la base de ce qui précède, il paraît raisonnable d'évaluer le nombre de personnes dépendantes de l'alcool à environ 300000<sup>4</sup>. Les données dont nous disposons permettent d'estimer que, chaque année en Suisse, environ 40000 personnes sont prises en charge à cause de leur dépendance/consommation abusive d'alcool (25000 le sont dans des hôpitaux, 7000 dans des cliniques psychiatriques, 7000 par des services spécialisés ambulatoires et seule-

ment 1000 dans des établissements spécialisés résidentiels)<sup>5</sup>. Par rapport à la totalité des personnes effectivement prises en charge pour un problème d'alcool en Suisse chaque année, la clientèle du secteur résidentiel ne représente donc qu'une très faible minorité (moins de 3%).

Dans ce secteur, on distingue les homes, qui sont des lieux de vie protégés dont l'accès n'est pas conditionnel et où la durée du séjour n'est pas limitée en fonction d'un programme ou d'un objectif particulier, et les établissements à orientation de type sociothérapeutique. Les premiers sont relativement nombreux mais ne fournissent aucune donnée sur leurs activités. La plupart des seconds participent à une statistique commune de leur clientèle et sont reconnus par les caisses maladie (institutions alémaniques) ou invalidité (institutions romandes)<sup>6</sup>. Les 15 institutions participantes se distinguent entre elles par leur capacité d'accueil (de 7 à 82 lits), leur clientèle (10 sont mixtes, 3 n'accueillent que des hommes et 2 seulement des femmes), leur direction thérapeutique (qui peut être assumée par des médecins, des psychologues ou des travailleurs sociaux), leurs programmes d'activités et par leur implantation régionale (5 en Suisse romande; 10 en Suisse alémanique). Parmi les institutions de Suisse romande, deux s'occupent plutôt de postcure et trois de réhabilitation sociothérapeutique. Trois institutions alémaniques sont des cliniques, les six autres s'apparentent plutôt à des centres de réhabilitation. On constate donc, qu'au sein de ce secteur spécialisé, il existe une certaine diversité d'offres pouvant aller du sevrage à l'accompagnement à moyen ou long terme. Le but ultime demeure cependant le même partout: permettre à la personne touchée par la dépendance à l'alcool d'atteindre l'abstinence et une réinsertion sociale satisfaisante.

## Aspects socio-démographiques et économiques

Les résultats présentés dans ce qui suit se basent sur les données collectées auprès de 4'765 clients (72% d'hommes et 28% de femmes) ayant commencé ou terminé leur traitement entre 1993 et 1997 dans l'une ou l'autre des quinze institutions participant à la statis-

tique nationale SAKRAM/CIRSA<sup>7</sup>. De manière générale, les différences explicitement mises en évidence dans ce qui suit sont statistiquement significatives. En terme de nombre d'entrées enregistrées annuellement, la fréquentation des institutions participantes est restée stable au cours de la période d'observation. La proportion d'une femme pour trois hommes en traitement reflète celle des consommateurs à haut risque dans la population générale (voir ci-dessus). On ne peut donc pas a priori interpréter cette disproportion comme le résultat d'un accès différencié aux offres spécialisées en fonction du sexe. Le fait que les hommes soient nettement plus présents en nombre absolu pose malgré tout

Les institutions ne sont sollicitées que lorsque les autres offres d'assistance sont restées sans succès



Photo Interfoto

Atteindre l'abstinence et une réinsertion sociale

un certain nombre de difficultés quant au choix de la structure d'accueil la mieux adaptée à la prise en charge spécifique des femmes (mixité ou non). Entre le début et la fin de la période d'observation, on remarque un léger vieillissement de la clientèle. L'âge moyen des hommes et des femmes lors de l'admission passe de 42,4 ans en 1993 à respectivement 43,6 ans et 45 ans en 1997. Les deux tiers des clients ont entre 35 et 54 ans. Dans la population générale, c'est dans le groupe des 35-44 que l'on trouve le moins d'abstinents et dans celui des 45-54 que la consommation à haut risque est la plus répandue. La marginalisation sociale des clients au moment de leur entrée en traitement est évidente. Par rapport à la population générale, ils sont très nettement plus souvent célibataires, divor-

cés, séparés ou veufs (70% contre 50% dans la population générale dont un cinquième a moins de 20 ans) et vivent de plus en plus fréquemment seuls. Entre 1993 et 1997, la proportion d'hommes dans cette situation a augmenté de 38% à 50%, celle des femmes de 33% à 40%. Dans le même temps, on observe à la fois un abaissement de la position professionnelle des salariés lors de leur admission et une augmentation de près de 50% du taux de chômage (qui passe de 23% à 33% pour les hommes et de 20% à 30% pour les femmes). Notons que ce taux est de 7 à 9 fois supérieur à celui que l'on trouve dans la population générale, mais que le rapport de 1:2 entre les taux des deux régions linguistiques est conservé. Schématiquement, les institutions à direction médicale ont une clientèle plus jeune, mieux intégrée socialement et occupant une position socio-économique plus élevée que les établissements non-médicalisés.

## Consommation

Les données concernant les habitudes des personnes en traitement en matière de consommation d'alcool, de médicaments, de tabac et d'autres substances psychotropes au cours des six mois précédant le début du séjour permettent de décrire des comportements caractéristiques et de distinguer certains groupes de consommateurs. Au niveau national, dans la population générale comme dans celle en traitement, on constate une nette préférence des femmes pour le vin et des hommes pour la bière. Mais, si on compare les deux régions linguistiques, cette tendance reste vraie pour les femmes, alors que les hommes alémaniques privilégient la bière et les romands le vin. Les personnes en traitement rapportent une consommation quotidienne moyenne (en grammes d'alcool pur) en moyenne trois fois supérieure à celle considérée comme à haut risque dans la population générale. Celle-ci s'élève à 173 g pour les hommes et 132 g pour les femmes. Notons qu'un client sur dix rapporte avoir bu près du double de ces quantités avant son admission (resp. 330 g et 270 g). On peut rappeler ici que 10 g d'alcool pur correspondent environ à une bière de 3 dl, à 1 dl de vin ou à 2,5 cl de spiritueux. A l'instar des femmes dans la population générale, celles qui suivent un traitement consomment plus fréquemment simultanément de l'alcool et des médicaments, alors que les hommes

sont plus nombreux à consommer de l'alcool seulement, ou en combinaison avec des drogues illégales. Avec l'âge, la consommation d'alcool seulement ou en combinaison avec des médicaments tend à s'imposer. Indépendamment de la consommation d'alcool, celle de médicaments psychotropes augmente également avec l'âge dans la population générale. Par ailleurs, la combinaison d'alcool et de médicaments semble être plus caractéristique des personnes bénéficiant d'une formation supérieure, alors que celle d'alcool et de drogues illégales serait plus le fait de clients disposant d'un niveau moyen.

La population en traitement se distingue de la population générale par une consommation presque systématique de tabac en plus de celle d'alcool. Les non-fumeurs ne représentent que 14% de la première contre 70% dans la population générale. Si on ne considère dans celle-ci que les consommateurs à haut risque, ce taux descend à 40% pour les hommes et à 50% pour les femmes. Cette constatation repose la question (controversée) de l'utilité ou non de motiver les clients des établissements spécialisés à renoncer à fumer simultanément à leur démarche vis-à-vis de l'alcool. Les données dont nous disposons montrent que le taux de rechute au cours du séjour est plus important chez ceux dont la consommation de tabac a augmenté durant cette période.

Si on considère le contexte social habituel de consommation que privilégiaient les clients avant leur admission, on constate que celle-ci se fait le plus souvent en solitaire, et ceci particulièrement chez les femmes. Avec l'âge, ce mode de consommation tend à se généraliser. Notons, par ailleurs, que la consommation principalement en compagnie est très caractéristique des professionnels indépendants, ce qui pourrait suggérer l'existence de problèmes d'alcool liés à l'exercice de la profession.

## Circonstances de l'admission

Plus des trois quarts des clients recensés avaient déjà été pris en charge aux niveaux ambulatoire et résidentiel avant l'admission dont il est question ici. Seule une minorité (moins de 10%) entreprend un traitement résidentiel sans avoir jamais été pris en charge préalablement pour un problème d'alcool. La fréquence avec laquelle les différentes instances

d'envoi ont principalement proposé le séjour en institution ne varie pas significativement au cours de la période d'observation. L'évolution du rôle joué par les services sociaux et les médecins privés entre 1984-1990<sup>8</sup> a semble-t-il cessé, la fréquence à laquelle ils proposent un séjour s'est stabilisée à respectivement 30% et 36% environ. On peut toutefois relever que par rapport aux femmes, les hommes sont plus souvent envoyés par leur employeur (17% contre 10%) et par la justice (7% contre 3%). Ces dernières le sont davantage par des membres de la famille autres que le conjoint (26% contre 17%).

Si on considère les instances d'envoi en relation avec la position professionnelle, il apparaît que le rôle joué par le conjoint diminue en même temps que la position décroît (supérieure: 38%, moyenne supérieure: 28%, moyenne 23%, basse: 14%). Les services sociaux sont quant à eux plus actifs dans les classes basses et moyennes (35%) que supérieures (21%). Il semble également que le rôle de l'employeur augmente avec la position occupée (respectivement: 14%, 20%, 27% et 25%). Le médecin, très fréquemment impliqué dans l'envoi d'un client, l'est sensiblement plus au niveau des positions supérieures (respectivement: 34%, 38%, 41% et 46%).

Les personnes qui ont été contraintes de suivre un traitement entre 1993 et 1997 et en particulier celles qui sont sous le coup d'une privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA) représentent un sous-groupe (env. 4%) encore plus fortement marginalisé que les autres clients et ce dans presque tous les domaines envisagés (sanitaire, social, économique).

## Déroulement et fin des prises en charge

La question de l'efficacité d'une prise en charge ou d'un traitement relatif à des problèmes d'alcool est à plusieurs titres une notion aussi controversée que difficile à appréhender (il existe en effet très peu d'études contrôlées à ce sujet<sup>9</sup>). Les données dont nous disposons nous livrent malgré tout un certain nombre d'indicateurs qui décrivent la façon dont la prise en charge s'est déroulée et quelles sont les perspectives d'avenir d'une personne au terme de sa démarche au sein d'une institution spécialisée. Environ 32% des séjours durent 3 mois ou moins, 42% entre 4 et 6 mois et 12% entre 7 et 9 mois. Les consommateurs

d'alcool seulement sont plutôt concentrés dans les séjours de 4 à 6 mois, alors que ceux combinant plusieurs substances (en particulier les drogues illégales) le sont dans les séjours de 10 mois et plus (14%). Les traitements des hommes sont significativement plus longs que ceux des femmes. Par ailleurs, les séjours les plus longs sont réalisés par les clients les plus jeunes (ce groupe étant celui adoptant les comportements les plus directement autodestructeurs). Parallèlement, plus un traitement est long, plus il concerne des clients célibataires et dans une moindre mesure divorcés ou séparés. Cette augmentation se fait essentiellement au détriment des personnes mariées.

Il existe une relation positive fortement significative entre la quantité d'alcool (en grammes d'alcool pur) absorbé par jour et la durée de la prise en charge d'une part, ainsi qu'avec le taux d'interruption d'autre part. On observe en outre le même type de lien entre les taux d'interruption et de rechute au cours du séjour avec le nombre de substances consommées (alcool seul: 24%, alcool et médicaments: 30%, alcool et drogues illégales: resp. 41% et 49%, alcool, médicaments et drogues illégales: resp. 50% et 55%). Par ailleurs, les femmes ont statistiquement plus de chances que les hommes de terminer normalement leur traitement. Il en va de même des personnes bénéficiant d'un niveau scolaire moyen ou supérieur, ainsi que de celles ayant déjà suivi une ou plusieurs prises en charge ambulatoires dans le passé. Par contre, les personnes ayant fait l'objet de condamnations pénales antérieures ont nettement plus tendance à interrompre prématurément leur traitement.

Un peu moins de 90% des clients qui n'ont pas été transférés dans un autre service résidentiel ont accepté un soutien ambulatoire à leur sortie. Celui-ci peut avoir soit la forme d'un groupe d'entraide (par exemple AA) et/ou d'un suivi ambulatoire de type médical ou psychologique. Il semble que l'adhésion exclusive à un groupe d'entraide ait tendance à être de moins en moins fréquente (de 4,2% en 1993 à 1,7% en 1997). Le fait de boire le plus souvent seul, d'avoir déjà une expérience antérieure de prise en charge ambulatoire est plus typique des personnes qui envisagent un suivi (d'un type ou d'un autre). A l'opposé, l'existence de condamnations pénales antérieures est là encore plus caractéristique des clients qui renoncent à tout soutien.

## Conclusion

Depuis le début du siècle, l'offre en matière de traitement des problèmes d'alcool s'est grandement diversifiée, s'ouvrant progressivement à l'assistance ambulatoire de comportements de consommation moins radicalement autodestructeurs et à une clientèle plus large. Les données présentées ci-dessus montrent qu'à l'heure actuelle le secteur spécialisé résidentiel s'adresse à une très faible minorité de personnes concernées par un problème d'alcool. Le nombre et la sévérité des problèmes recensés, ainsi que l'existence presque systématique de prises en charge antérieures, suggèrent que les institutions qui les prennent en charge ne sont sollicitées que lorsque les autres offres d'assistance sont restées sans succès. Toutefois, certains indices montrent que pour certains clients (plutôt jeunes, encore intégrés socialement et professionnellement) un séjour résidentiel peut constituer une dernière chance. Il se réalise en général consécutivement à un ultimatum posé par l'employeur, le service des automobiles, voire le ou la partenaire. Schématiquement, dans ce cas, le séjour sera plutôt intensif, de courte durée et effectué dans un service médicalisé. A l'opposé, on trouve une clientèle déjà fortement stigmatisée et marginalisée avec peu de perspectives de réinsertion et de changement d'attitude vis-à-vis de l'alcool, pour laquelle les séjours sont plutôt longs dans des structures d'accompagnement peu directives. Malheureusement, les données de ce monitoring n'apportent que peu d'éléments permettant d'évaluer le degré de succès d'une prise en charge. Une des raisons est que les statistiques disponibles ne permettent pas, pour diverses raisons (protection de la sphère privée, prix, définition de la notion de traitement), d'étudier la circulation des personnes d'un type d'assistance à l'autre, ni de les suivre une fois leur traitement terminé. Par contre, elles offrent un aperçu de l'évolution dans le temps des caractéristiques de la clientèle de ce secteur et un dépistage précoce de leurs besoins. Cela a favorisé notamment le développement des prises en charge de courte durée ou modulables. De plus, elles ont permis de documenter des thèmes tels que les différents types de dépendances à l'alcool et les modèles de consommation des clients, mais aussi leur parcours institutionnel<sup>10</sup>, leur réintégration sociale et professionnelle, les raisons des interruptions de traitement<sup>11</sup>, ou encore le phénomène

de poly-consommation et le transfert des dépendances<sup>12</sup>. Ce faisant, elles ont contribué à alimenter le débat entre spécialistes et à soutenir la création de nouvelles offres thérapeutiques et finalement à améliorer l'assistance aux personnes alcoolodépendantes.

<sup>1</sup> TECKLEBURG, U. (1987) The present-day alcohol treatment system in Switzerland: A historical perspective, *Contemporary Drug Problem*, Fall 1986, 555-583.

<sup>2</sup> GMEL, G. & SCHMID, H. (Hrsg.) (1996) *Alkoholkonsum in der Schweiz: Ergebnisse der ersten schweizerischen Gesundheitsbefragung* (Hamburg, Kovac).

<sup>3</sup> Enquête suisse sur la santé, réalisée par l'Office fédéral de la statistique en 1992/93.

<sup>4</sup> GMEL, G. (1997) Dépendance, in: MÜLLER, R., MEYER, M. & GMEL, G. (éd.) *Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996*, pp. 49-57 (Lausanne, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies).

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> A noter que cette différence n'est pas seulement à attribuer aux structures et orientations thérapeutiques des établissements spécialisés, mais aussi à des processus historiques de reconnaissance par les caisses, spécifiques aux deux régions linguistiques concernées.

<sup>7</sup> Gauthier, J.-A. (à paraître). Traitement résidentiel des personnes dépendantes de l'alcool en Suisse: Etude longitudinale de 15 institutions spécialisées, de 1993 à 1997.

<sup>8</sup> TECKLEBURG, U. (1991) *Das spezialisierte Behandlungssystem für Alkoholabhängige. Stationäre Therapie und Rehabilitation 1984 bis 1990* (Lausanne, SAKRAM & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme).

<sup>9</sup> MAFFLI, E., WACKER, H.-R. & MATHEY, M.-C. (1995) *7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz*, Forschungsbericht Nr. 26 (Lausanne, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme).

<sup>10</sup> TECKLEBURG, U. (1991) *Das spezialisierte Behandlungssystem für Alkoholabhängige. Stationäre Therapie und Rehabilitation 1984 bis 1990* (Lausanne, SAKRAM & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme).

<sup>11</sup> MATHEY, M.-C. (1993) *Aspekte der Behandlungskarriere Alkohol- und Medikamentenabhängiger in stationärer Therapie. 2. Statistikkbroschüre 1988-1992* (Lausanne, SAKRAM & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme).

<sup>12</sup> MATHEY, M.-C. (1995) *Mehrfachabhängigkeit und Suchtverlagerung bei stationär behandelten alkohol- und Medikamentenabhängigen Personen. 3. Statistikkbroschüre 1990-1994* (Lausanne, SAKRAM & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme).

# Le parcours résidentiel des personnes avec des problèmes d'addictions

Esther Dubath Bouvier, travailleuse sociale, Unité addictions, Hospice général, Genève

(réd.) Lorsqu'une diminution du nombre d'admissions se fait sentir dans une institution résidentielle, il peut y avoir plusieurs raisons liées à des questions financières, aux réponses que l'institution donne aux besoins existants, à des changements de normes de la société, de politique sociale, etc. Les services placeurs ont aussi, sans aucun doute, une influence. Comment et sur quoi le travailleur social d'un service placeur se base-t-il pour proposer à son client une structure d'aide? Un point de vue à partir de l'Hospice général à Genève.

L'Hospice général est une institution de droit public qui fournit aide sociale et assistance à tous les habitants du canton de Genève. Cette aide est offerte par des travailleurs sociaux répartis dans 22 centres d'action sociale et de santé. 13 % des dossiers traités par ce secteur concernent des personnes rencontrant des problèmes liés aux addictions. 4 % environ de ces personnes fréquentent une institution résidentielle (51 personnes en 98).

## Demandes des client(e)s

Les motifs des demandes faites aux assistants sociaux sont divers: ceux-ci peuvent être un appel au secours, un besoin de protection, une envie de changement, une réflexion en profondeur, un projet de vie où s'inscrit une démarche de séjour résidentiel à long terme. Du point de vue du service social, les situations s'illustrent par ces deux pôles:

- Le candidat entre en contact avec une demande de financement de son séjour. Il a généralement une idée précise de l'institution dans laquelle il souhaite aller. Il en a entendu parler soit par une connaissance, soit par d'autres partenaires de sa prise en charge: médecins, thérapeutes, autres... La demande faite par le client est avant tout financière.
- L'assistant social en charge du dossier connaît la personne depuis de nombreux mois, voire depuis des années. Il a, souvent en collaboration avec d'autres partenaires de son réseau, accompagné le client dans la reconnaissance de son problème.

## Rôle de l'assistant(e) social(e)

La préparation d'un séjour résidentiel présuppose de:

- Questionner le candidat pour lui permettre de construire sa demande, dresser avec lui un bilan de ce qui a déjà été entrepris, avec quels résultats, et en quoi cette démarche va lui permettre d'avancer dans son projet de vie. Il est important pour l'assistant social de s'assurer que le projet du candidat soit réaliste et réalisable et qu'il ait un sens pour la personne. Il s'agit également pour l'assistant social de se situer. Nous entendons par là de ne pas favoriser un projet qui repose soit sur la banalisation, soit sur la dramatisation de ses difficultés. La préoccupation du service social doit être de vérifier que la demande qui nous est faite soit inscrite dans une démarche reliée à un projet de vie et à l'analyse des différentes étapes déjà parcourues. Cette démarche peut se révéler délicate, tout particulièrement dans la situation où le candidat arrive avec – principalement – une demande de financement de son séjour résidentiel. L'assistant social peut ne pas connaître la démarche qui a mené le client à mettre en place son projet. Dans la plupart des situations, l'échange avec les membres du réseau de prise en charge du candidat se révèle indispensable et fort utile.
- Vérifier que le candidat désirant se rendre dans une institution soit informé sur le programme thérapeutique et le

règlement de cette institution. Lui parler également d'autres institutions et, si nécessaire, l'orienter sur celles correspondant plus particulièrement à ses besoins et à ses attentes.

- Vérifier que le candidat ait droit à des prestations de l'Hospice général pour financer son séjour ou, le cas échéant, l'aider à trouver d'autres moyens. Prenons l'exemple d'un candidat non connu du service. A-t-il ses papiers déposés à Genève? Le revenu de son groupe familial correspond-il aux normes d'assistance? A-t-il fait valoir ses droits à d'éventuelles autres prestations ou mode de financement (assurance chômage, caisse maladie, AI, aide de la famille, autres)?
- Vérifier que l'institution choisie soit reconnue. L'Hospice général se réfère pour cela aux «Conditions cadres concernant les institutions de thérapie résidentielle des toxicomanes» émises par la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie (CDCT).
- Aider le candidat à préparer son entrée et à travailler sur ses motivations, pour que son séjour s'inscrive dans un projet construit avec un avant et un après et non pas comme une parenthèse.

Cette étape est particulièrement favorable à la clarification et à l'évaluation du mode de collaboration entre le client et l'assistant social et permet, au besoin, de le redéfinir.

Durant le séjour, l'assistant social va s'impliquer principalement:

- Lors d'évaluations trimestrielles, prévues pour permettre de faire le point de la situation, de suivre l'évolution du résident, ainsi que pour préparer la suite, en collaboration avec le client et l'institution.
- Lors d'événements qui remettent en question la poursuite du séjour résidentiel tels que remise en cause ou rupture de contrat par l'une des parties.
- Dans les demandes ponctuelles de son client.

L'assistant social est parfois la seule personne autorisée à rencontrer le résident dans l'institution durant les premiers mois.

L'objectif prioritaire du séjour est que le client prenne en main sa propre vie, notamment au travers des démarches qui découlent de la réalisation de ses projets. Une répartition des tâches de suivi entre l'institution et le service social se révèle tout particulièrement utile lorsque l'institution possède ses propres assistants sociaux ou un service de suite.

Au terme du séjour, le suivi proposé par l'assistant social de l'Hospice général va être redéfini en fonction des besoins. Celui-ci peut s'arrêter à ce moment-là, il peut se poursuivre avec de nouveaux objectifs, il peut être un passage de relais à un autre service social, notamment si le client choisit de s'établir dans un autre canton.

## Collaboration entre l'institution résidentielle et l'assistant(e) social(e)

Pour officialiser la collaboration, l'Hospice général propose un outil: le contrat tripartite qui est signé durant l'admission par le résident, l'institution et l'assistant en charge du dossier.

Ce contrat fixe les règles et les modalités de paiement de l'Hospice général. Il précise également le cadre de collaboration, à savoir des évaluations tripartites.

Pour les séjours de courte durée, les évaluations sont mensuelles. Pour les séjours de plus longue durée, elles sont trimestrielles, une rencontre directe dans l'institution est proposée au minimum deux fois durant le séjour, les autres pouvant se faire soit au service social, soit sous forme de rapport écrit.

L'Hospice général vise à une complémentarité des rôles dans cette collaboration. De par un contexte spatial et temporel différent, le séjour résidentiel va amener la possibilité d'un autre regard sur la personne. L'assistant social qui connaît la personne ou qui la rencontre au moment de l'entrée en résidentiel connaît parfois le cheminement qui a amené le résident à faire cette démarche. De par son rôle et le type de relation établie, il a souvent une autre vision de la personne et de sa situation. L'institution de son côté, propose un programme thérapeutique et vit le quotidien avec le résident. Elle découvre souvent des facettes différentes de la personne que celles qu'elle a montrées à l'assistant social.

Ces regards croisés, qui peuvent parfois être divergents, permettent une meilleure compréhension des multiples facettes de

la situation que vit la personne. S'il y a respect des différents points de vue et une réelle communication entre les intervenants, il est alors possible de mettre sur pied un accompagnement structurant et cohérent pour la personne.

## Constat sur le terrain

La fréquence des échanges entre un assistant social et une institution joue un rôle important dans la qualité de la collaboration. Les rencontres entre les différents partenaires favorisent de meilleures connaissances, reconnaissances et collaborations.

Malheureusement, ces mises en commun demandent de part et d'autre du temps, particulièrement lorsqu'il s'agit de collaboration avec une institution extra-cantonale. Il est parfois difficile de trouver la disponibilité nécessaire au vu de la surcharge de travail. Il est important d'évaluer les priorités, de profiter des échanges par téléphone ou par écrit et des rencontres directes en fonction des besoins. Mais une rencontre directe, sur les lieux du résidentiel, peut parfois se révéler un gain de temps par la suite.

## Conclusion

S'il est un rôle qui n'est que rarement contesté au service social, c'est bien celui de financeur et d'administrateur, d'autant que c'est le seul habilité à le faire, mis à part les fonds privés. Par contre, le rôle de l'évaluation sociale est parfois remis en cause. De quel droit un assistant social donnerait-il son avis sur le séjour résidentiel?

Lorsqu'un candidat arrive dans un service social pour demander le financement d'un séjour, il souhaite généralement recevoir une réponse simple: oui. Ce souhait est parfois partagé par l'institution ou par les membres de son réseau qui véhiculent l'idée que le service social doit payer, l'évaluation ayant déjà été faite soit par l'institution elle-même, soit par les services de soins.

Du point de vue de l'Hospice général, ces rôles sont complémentaires et ne vont pas l'un sans l'autre. Ainsi, si le rôle de l'assistant social n'est pas – au delà des questions de reconnaissance des institutions ainsi que du droit à l'assistance des candidats – de se prononcer formellement sur une adéquation ou non du séjour de notre client, il est pourtant

de notre devoir de questionner le candidat et son réseau sur le bien-fondé de cette demande. Il est également primordial de les informer au mieux sur les différentes offres correspondant à leurs besoins.

Pour cela, il est important que les différentes offres résidentielles, dans toute leur diversité, définissent mieux leur spécificité. Ceci nous permettra d'orienter les personnes en demande de séjour résidentiel de façon plus pointue en fonction des besoins bien particuliers de chacun.

La collaboration effective entre différents partenaires est une garantie de la qualité de l'accompagnement. Elle évite de se retrouver seul face aux sentiments d'impuissance, et permet d'éviter les situations de toute puissance des intervenants.

Une reconnaissance mutuelle des rôles et des prestations offertes par les diverses institutions et services sociaux dans un cadre éthique défini ne peut être que favorable pour le client qui fait appel à nos services. Celle-ci permet une meilleure information, une meilleure

orientation, un meilleur accompagnement et une meilleure répartition des tâches.

PS: L'auteur tient ici à remercier Isabelle Graf (Unité immigration, Hospice général) et Pierre-Yves Aubert (Epic, Hospice général) pour leur relecture critique.

# d é p e n d a n c e s

- Vous aimez écrire?
- Vous avez envie de vous exprimer?
- Vous voulez faire part de votre expérience?

La revue "dépendances" reçoit volontiers vos textes, vos interventions, vos réflexions. Après lecture par le comité de rédaction, nous vous proposerons éventuellement une publication dans la rubrique "post-scriptum" ou dans le cadre d'un numéro "Tutti-frutti".

**Les textes sont à envoyer à:**

Rédaction de "dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne ou case postale 20, 1401 Yverdon-les-Bains

Editée par:  Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

 Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

# CARREFOUR ) ( PREVENTION®

présente

j'  les non-fumeurs

  
CIPRET  
PREVENTION TABAGISME  
GENÈVE



Bourré de talent,  
pas d'alcool.

FEDERATION GENEVOISE POUR LA PREVENTION DE L'ALCOOLISME

  
fegpa  
PREVENTION DE L'ALCOOLISME

association  
  
Fouchette  
verte

MAÎTRISE  
STRESS

Antenne des diététiciens genevois  
  
ADiGe

Permanence de l'Adige tous les mercredis de 17h à 19h

**Carrefour Prévention**  
Rue Henri-Christiné 5  
CP 567  
CH-1211 GENÈVE 4

**Heures d'ouverture de l'arcade**  
Lundi - jeudi 9.00-17.00  
Vendredi 9.00-13.00  
Tél. 022/321 00 11 - Fax 022/329 11 27

Internet Swissweb «<http://www.prevention.ch>»

E-mail «[carprev@iprolink.ch](mailto:carprev@iprolink.ch)»

# Alcoologie : regard de l'ambulatoire sur le résidentiel

Jean-Michel Clerc, directeur du Service médico-social, Neuchâtel

(Réd.) Dans le domaine de l'alcoologie, les luttes de territoire, d'approches pédagogiques, d'histoires et d'idéologies peuvent mettre le bâton dans les roues de la collaboration entre services ambulatoires et institutions résidentielles. Il faut aussi préciser que le traitement de l'alcoolisme n'est pas une mince affaire... à tous les niveaux. Ces problèmes n'empêchent, en aucun cas, de proposer de sérieuses pistes pour répondre au mieux aux besoins des personnes alcooliques dans le contexte socio-économique ambiant.

## Des questions complexes

Depuis longtemps, le domaine de l'alcoologie, couvrant aussi bien l'ambulatoire, le résidentiel et l'hospitalier en soins physiques ou psychiatriques, est en proie, selon les lieux, à des luttes de territoire, des incompréhensions liées à une communication défailante, des conflits de méthodes ou de compétences.

Il est vrai que l'alcoologie, domaine complexe, récemment «scientifisé», suppose une somme de connaissances quasi encyclopédiques pour être à même de répondre à la réalité très disparate des personnes souffrant de problèmes liés à la dépendance éthylique. Il y a donc pléthore de théories et d'approches thérapeutiques – dont aucune ne fait l'unanimité – pour lutter contre un phénomène vieux comme le monde, dans un contexte socioculturel à la fois incitatif, permissif, moralisant et rejetant. Dès lors, les querelles de chapelles, ou plutôt le repli sur soi ou encore la disqualification à peine voilée ou agie compliquent les relations et créent un climat peu coopératif entre les institutions et les centres ambulatoires.

Ainsi, les reproches classiques qui vont dans les deux sens compliquent la nécessité de faire alliance dans l'intérêt des clients et de s'organiser en pratique de réseau.

D'un côté, on reproche de trop mater, d'ignorer la comorbidité, de garder les gens trop longtemps en institution,

faute de réponses thérapeutiques adaptées et de prises en compte réelles de la pathologie sous-jacente. Ceci, tout en reconnaissant les difficultés à réinsérer quelqu'un qui vit en marge depuis des années et qui n'a pratiquement que très peu de chances de retrouver un emploi dans le circuit socio-économique habituel. De l'autre côté, on regrette de ne pas utiliser à temps l'institution pour stopper une trajectoire problématique, ou d'avoir trop recours à l'hôpital lors de situations de crise. C'est oublier qu'il faut pouvoir motiver toute personne pour entrer dans une institution qui a ses règles de fonctionnement, principalement basées sur le volontariat et l'offre d'un cadre utile et sécurisant.

Pour leur part, les hôpitaux de soins physiques qui traitent en particulier du sevrage et les hôpitaux psychiatriques qui abordent la dépendance et les comorbidités, avec en certains lieux des programmes spécifiques, admettent mal parfois de référer leurs patients à des centres ambulatoires pour la grande majorité non-médicalisés, ou à des institutions qui ne le sont que très partiellement. Mais pour cela, il faut encore connaître leur existence. D'où le risque de voir des prises en charge démultipliées, sous la responsabilité d'un nombre trop important d'intervenants de plusieurs spécialités et d'appartenances diverses. Dans ce cas, la cohérence thérapeutique fait défaut et la personne concernée ne peut évoluer dans le sens recherché néanmoins par tous.

## Un lourd héritage

Et puis, il y a le poids de l'histoire : chaque centre ou institution ou hôpital par définition a une histoire, parfois fort ancienne. L'évolution peut favoriser l'adaptation aux exigences actuelles ou au contraire, le poids rendant les choses plus difficiles, alourdi par des méthodes qui manquent de créativité, de modernité et d'adaptabilité. A cet égard, l'institution spécialisée a intérêt à relever le défi qui consiste à s'adapter tout d'abord à une clientèle très fragile et désinsérée (qui pose par définition le problème de suite et qui de plus en plus constitue la majorité des situations en résidentiel). Parallèlement, l'institution peine à être suffisamment attractive pour des personnes insérées qui présentent néanmoins un problème de dépendance réel et qui nécessitent un encadrement thérapeutique plus intensif.

Ainsi, la médicalisation même partielle de l'institution peut notamment permettre d'y instaurer à la fois le sevrage et l'activité thérapeutique proprement dite (en sollicitant diverses techniques ayant fait leur preuve), dans le but d'obtenir un meilleur impact et d'offrir une alternative crédible à des hôpitaux peu concernés par ce type de problématique.

La réalité complexe du travail à fournir au jour le jour, les difficultés rencontrées avec les clients, notamment liées à leur compliance, la compétition inter-institutionnelle ou inter-centre, de même que les sensibilités et les compétences diverses des intervenants rendent ardue toute intention de clarifier les rôles et les responsabilités. De plus, actuellement, il faut signaler le climat d'inquiétude lié au problème de financement émanant de l'OFAS qui met en péril bon nombre d'institutions spécialisées et ne facilite nullement toute discussion propice allant vers un partage plus adapté.

Enfin, il y a le degré d'importance bio-médico-sociale du secteur alcool en termes de santé publique comme en termes de coûts sociaux et financiers, dans les circonstances politico-économiques actuelles. Dans le domaine des dépendances, on sait bien que le secteur alcool fait un peu office de parent pauvre, en comparaison avec la toxicomanie, ceci malgré l'ampleur du phénomène.

Cette réalité se remarque un peu partout, que ce soit à la Commission fédérale des problèmes liés à l'alcool, auprès des offices fédéraux concernés, ou dans le

cadre des structures nationales spécialisées. Tous, à des degrés divers, semblent avoir du mal à se coordonner et à élaborer une vision claire sur la politique à mener à divers niveaux. Dès lors, les intervenants de terrain sont privés de lignes directrices précises, ainsi que d'un soutien utile à leurs activités, ceci malgré la multitude d'actions, d'initiatives et de projets lancés ces dernières années.

## Des perspectives dynamiques

Cet ensemble de constats schématiques nous amène à porter la réflexion sur la nécessité :

- d'entamer un débat de portée nationale à divers échelons abordant l'ensemble des dépendances, afin d'établir un plan d'action réaliste, avec un planning sérieux, des objectifs clairs et des synergies régionales et/ou cantonales et locales qui s'inspire des instances qui en ont déjà élaboré de façon très générale;
- de lancer un travail de refonte en matière législative visant à rendre plus cohérent et partant plus efficace la prise en compte des divers problèmes posés par les dépendances et de définir l'implication des assurances sociales;
- d'approfondir l'étude de l'impact et de la pertinence des méthodologies employées concrètement pour la prévention des problèmes liés à l'alcool comme aux autres dépendances; en tenant compte des contextes spécifiques (par exemple: conduite automobile, sorties de fin de semaine, utilisation de «cocktails à la mode» particulièrement dangereux, actions de «seuil bas», etc.);
- d'élaborer des programmes d'action et de collaboration inter-institutionnels et/ou inter-services qui offrent une cohérence conceptuelle adaptée aux situations prises en charge, dans une optique de recherche de solutions négociées, d'alternatives souples et de possibilités de dépannage en cas de difficultés;
- de lancer des travaux de recherche sur des thèmes précis (réinsertion, techniques de développement personnel, etc.) et d'animer des actions thérapeutiques en sollicitant les intervenants spécialisés (des 3 secteurs: ambulatoire, résidentiel, hospitalier) et connaissant les réalités locales et/ou régionales;

- d'effectuer la mise en route de «normes de qualité» pour toutes les activités liées à la problématique des dépendances et d'évaluer la répartition des forces, la valeur thérapeutique et sociale et les moyens financiers en faveur des structures ambulatoires, résidentielles et hospitalières;
- de préciser le rôle et les moyens mis à disposition aussi bien par la Confédération que par les cantons, en favorisant les synergies utiles, le partenariat, ainsi que la diffusion et la duplication d'expériences reconnues;
- de créer un forum des professionnels de la prévention et de l'aide spécialisée au niveau national, en s'appuyant sur les structures existantes qui les regroupent déjà de par leurs spécificités et leurs appartenances linguistiques et/ou régionales.

Cette liste ambitieuse de choses à faire devrait être réalisée dans le but de développer et de renforcer l'ensemble du dispositif actif dans la promotion de la santé et le suivi de situations problématiques. De plus, les réalités budgétaires risquent fort d'être d'ici peu un levier sélectif qui ne prendra en compte que les réalisations reconnues, avec le risque d'appliquer une pensée unique face à une réalité complexe, coûteuse et sujette à des décisions qui ne vont pas toujours dans le sens de l'intérêt des personnes souffrantes et de l'adoption de solutions adéquates.

En dernier lieu, les professionnels concernés auraient intérêt à porter le débat sur la place publique, auprès des politiciens et des médias, afin que les solutions ainsi présentées aboutissent à une prise de conscience réaliste et responsable et obtiennent de ce fait un large soutien.

Enfin, la population aurait à être mieux orientée et motivée grâce à un travail de promotion de la santé et de marketing social. Il s'agirait tout d'abord de développer un consensus suffisamment solide et étayé et une attitude plus responsable à l'égard des problèmes évoqués. Puis, dans un deuxième temps, de donner l'habitude de consulter, en diffusant les informations utiles sur les structures existantes par divers canaux. Ceci avant que n'apparaissent les conséquences lourdes et les souffrances parfois catastrophiques, impliquant les familles, mais aussi les pouvoirs publics et les structures spécialisées dans leur mission de prévention et leur devoir d'aide et d'assistance au sens large.

# QuaTheDA, un système de management de la qualité pour les institutions résidentielles drogue et alcool

René Stamm, responsable du projet QuaThéDA à l'Office fédéral de la santé publique, OFSP, Berne

*D'aucuns se sont interrogés sur l'opportunité de développer un système de management de la qualité (SMQ) particulier pour les institutions de thérapies résidentielles, puisqu'il en existe déjà sur le marché. Pourquoi l'OFSP se lance-t-il dans un tel projet? Pourquoi ne se contente-t-il pas de jeter en pâture quelques critères de qualité aux institutions qui voudraient bien s'en inspirer? Qu'attend-il de cette démarche? Quels sont ses objectifs à long terme? Quels bénéfices les différents partenaires concernés peuvent-ils en tirer? etc. Quelques réponses.*

## Pourquoi QuaThéDA?

La décision de lancer QuaThéDA a été déclenchée par l'initiative de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) d'exiger des institutions qui bénéficient des subventions de l'assurance invalidité d'avoir mis en place un système finances et qualité. Les mesures de restriction des subventions lancées par l'OFAS ont engendré une grave crise financière auprès des institutions. Celle-ci aura eu le mérite d'obliger les autorités à se pencher sur le problème du financement à long terme des thérapies résidentielles et d'en proposer de nouveaux modèles. L'OFSP a été chargé de piloter ce projet appelé FiDE (Nouveau modèle de financement des thérapies en matière de dépendances). Un groupe de travail a été mandaté pour définir des catégories choisies? Quelles données épidémiologiques récolter? etc.

## Une chance à saisir

Le risque était réel de créer des conditions-cadre défavorables à la poursuite de la politique en cours à l'OFSP depuis 1991, qui tend vers une harmonisation de l'offre thérapeutique et une amélioration constante de ses prestations. Mais, la situation déclenchée par l'OFAS constituait en même temps une opportunité pour l'OFSP: en créant son propre système de management de la qualité, il lance un projet qui apporte un soutien nouveau au secteur résidentiel et il garantit que les synergies seront établies avec les projets en cours qui joutent la question de la qualité.

## Des critères de qualité communs

L'offre de thérapies résidentielles a longtemps été peu transparente. Les institutions se sont créées au cours de ces 30 dernières années de manière spontanée et ce n'est que depuis l'instauration de Coste que des efforts importants ont été entrepris pour remédier à cela. Mais, le nombre de places semble actuellement trop élevé. Les mesures de l'OFAS visant à réduire le montant des subventions vont certainement avoir pour effet de limiter cette offre. Comment éviter que ne sombrent des institutions qui ont été attentives à adapter leur offre de prestations, pour la seule raison que leurs bases financières ne sont pas suffisamment étayées. Mais comment différencier les «bonnes» des «mauvaises» institutions sur des bases objectives? Quels sont les critères pour comparer et où fixer les standards? Des éléments de réponse existent (travaux de l'Institut für Suchtforschung sur lesquels nous reviendrons), mais leurs résultats n'ont aucun caractère contraignant et une moitié des institutions seulement participe aux projets de recherche en cours.

## Un large soutien

Cantons et institutions voient la nécessité d'organiser l'offre de thérapies résidentielles d'après des critères largement reconnus. Cela facilitera le travail de planification des autorités administratives et le choix des services placeurs. C'est cette nécessité qui a sans doute joué un

rôle déterminant dans le large soutien apporté d'emblée à l'idée d'élaborer ce SMQ. La Conférence des délégués cantonaux aux problèmes des toxicomanies (CDCT/KKBS) a, par exemple, immédiatement communiqué par écrit à l'OFAS qu'elle salue cette initiative.

## Un nom qui a du sens

Un mot encore sur le choix du nom «QuaThéDA»: Qualité Thérapies Drogue Alcool. S'agissant d'un programme national, l'exigence absolue était de trouver une abréviation composée de mots se traduisant dans les trois langues. La deuxième exigence était de montrer que le projet n'allait pas se limiter aux institutions du domaine des toxicomanies, mais être ouvert à celles de l'alcool. QuaThéDA marque la volonté de l'OFSP de jeter des ponts nouveaux vers les structures du domaine de l'alcool et de soutenir le développement qualitatif des différentes formes de thérapies résidentielles.

## Les bases conceptuelles de QuaThéDA

Il est nécessaire de construire un SMQ sur des bases conceptuelles solides, qui soient le fruit d'une réflexion de fond autour de questions telles que: comment saisir la qualité? Comment la mesurer? Quels sont les enjeux éthiques, sociaux, politiques et économiques? Quels résultats prendre en considération, ceux à court ou à long terme? etc. Il ne s'agit pas de simplement adapter des règles élémentaires de la démarche qualité au contexte spécifique des institutions résidentielles. Il s'agit d'orienter la logique d'un système qualité à des questions centrales, afin de le structurer et permettre de fixer des priorités parmi toutes les options qui se présentent. Selon l'OFSP, ces questions essentielles sont les suivantes:  
Quels traitements, pour quels patients, avec quels résultats et avec quelles ressources?

## Le processus de traitement au cœur du système

QuaThéDA est donc basé sur l'idée que la qualité des traitements et des services se mesure en fonction des résultats obtenus, compte tenu des ressources inves-

ties et de ce qu'il est possible de réaliser dans un contexte donné. La définition des processus de traitement constitue le cœur du système, autour duquel sont organisés les processus de direction et de soutien et les exigences structurelles. Il fait donc explicitement référence au modèle développé par Avedis Donabedian: qualité des structures, des processus et des résultats.

QuaThéDA marque un tournant important par rapport au courant de pensée qui a prévalu jusqu'à présent dans le milieu des dépendances en Suisse, par rapport à l'approche de la qualité. Schématiquement, elle pouvait se résumer de la manière suivante: la qualité des processus thérapeutiques est très difficile à saisir; assurons la qualité structurelle et cela constituera un gage suffisant de la qualité des processus et des résultats.

Quels traitements pour quels patients avec quels résultats et quelles ressources?



Photo Interfoto

*Qui définit la qualité?*

QuaThéDA veut s'attaquer à la définition des différents sous-processus qui sont constitutifs du processus de traitement lui-même. Il peut s'appuyer pour cela sur des premiers travaux effectués par l'Institut für Suchtforschung dans le cadre du projet de recherche QuaFos.

## Les acteurs qui définissent la qualité

Une autre question essentielle doit être évoquée: qui définit la qualité? Plusieurs acteurs sont impliqués dans le débat: les patients, les professionnels, les bailleurs

de fonds et les scientifiques. Dans l'approche qualité développée par le secteur privé, c'est le client qui constitue l'acteur central. Il ne peut en être ainsi dans le secteur public. Les ressources financières que l'Etat est prêt à mettre à disposition influencent de manière déterminante la qualité des prestations. Le processus de restrictions budgétaires en cours dans le secteur hospitalier en est la preuve éclatante.

Les scientifiques apportent leur contribution indispensable à la recherche de la qualité: leurs travaux permettent de dégager, par exemple, des éléments de bonne pratique auxquels les professionnels peuvent s'orienter.

Les professionnels de la santé et du social ne prennent que depuis peu systématiquement en compte les réactions de leur clientèle à leurs prestations. Un SMQ doit y accorder une place plus importante. Mais les professionnels jouent un rôle central dans le processus de traitement, car ils en constituent le vecteur porteur. La recherche de la «juste qualité» se situe donc au centre du champ de tensions de ces quatre acteurs principaux. QuaThéDA constitue un projet ambitieux, par sa volonté de créer une plate-forme commune entre ces acteurs pour définir ce qui va être accepté comme étant des prestations de qualité. Son élaboration constitue l'occasion de créer un langage commun entre eux. Il s'agit d'un projet à moyen terme qui va au moins s'étendre sur cinq ans.

### Les spécificités d'un SMQ

Pour éviter tout malentendu à propos de ce qui constitue l'originalité de la démarche qualité, il est nécessaire de rappeler en quoi elle se différencie de mesures de qualité traditionnelles, telles que supervision, discussion de cas, formation continue, élaboration d'un concept de traitement, etc.

Un système de management de la qualité est un ensemble d'activités, de procédures et de données permettant d'évaluer si un organisme atteint les objectifs fixés, de réduire l'écart entre les objectifs fixés et la situation observée, et d'améliorer de manière continue les prestations fournies.

**L'essentiel de la démarche qualité est sans doute de passer d'une culture orale à une culture écrite:** prévoir ce qui doit être fait, prévoir comment le faire, écrire ce qui est prévu (description des processus), faire ce qui a été écrit,

vérifier ce qui a été fait et corriger les non-conformités. Les mots-clés ici sont: formalisation, description des activités, systématisation et institutionnalisation de boucles rétroactives.

### Un projet souple et intégrateur

QuaThéDA prendra en considération les derniers développements en cours de la norme ISO et du TQM, afin de permettre aux institutions ayant mis en place de tels systèmes de participer au programme national QuaThéDA, si elles le désirent. Ce projet se veut intégrateur et non pas exclusif.

QuaThéDA ne va pas constituer un SMQ rigide, semblable pour tous. Il sera conçu de manière modulaire, pour tenir compte de la grande variété des prestations offertes par les institutions existantes. Les principes sur lesquels il sera construit devront de plus être applicables pour les thérapies ambulatoires (héroïne et méthadone), les mesures d'accompagnement développées dans les programmes de réduction des risques et en prévention.

Ces principes de base pour définir la qualité seront repris dans un cadre conceptuel général qui constituera une référence commune pour ces trois secteurs d'intervention du domaine des dépendances. Il s'agit d'un projet spécifique qui va se dérouler parallèlement.

En instaurant QuaThéDA, il sera possible d'entreprendre une démarche peu pratiquée jusqu'ici: le «bench marking», c'est-à-dire la comparaison de résultats et de prestations fournies entre des institutions semblables. Cela constitue en soit une source formidable de stimulation et d'amélioration de la qualité.

### Un instrument de politique de santé publique

L'OFSP a mis en place depuis huit ans une politique drogue qui poursuit des objectifs précis et le développement de mesures de qualité s'y inscrit. Ces dernières sont définies comme prioritaires dans le Programme de mesures drogue 1997 - 2002. La conceptualisation et la mise en place d'un SMQ doit constituer un instrument pour améliorer l'efficacité et l'efficience des différents programmes de thérapies résidentielles. QuaThéDA n'est donc pas seulement un SMQ pour des institutions, mais également un programme national qui va se développer

sur plusieurs années.

Nous avons relevé comment la démarche qualité jouxte celle de la recherche et de l'évaluation, de même que les questions financières. Voyons plus en détail comment QuaThéDA a vocation de coordination des différents projets concernés et de pilotage de la politique de l'OFSP en matière de thérapies résidentielles.

Les efforts en vue d'améliorer l'offre thérapeutique ne sont pas nouveaux. Sur mandat de l'OFSP, l'Institut für Suchtforschung poursuit depuis plusieurs années des projets de recherche développés à partir de la statistique FOS (der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie): MIDES et Quafof. Il s'agit d'une part d'intégrer les résultats de ces recherches dans le SMQ QuaThéDA (utilisation d'instruments qui ont fait leurs preuves, de critères de qualité validés, etc.) et d'autre part de systématiser la pratique introduite par les symposiums FOS, de restituer aux institutions les résultats des données collectées. La formalisation de boucles rétroactives pour tirer des bilans et fixer des objectifs d'amélioration, chère à la démarche qualité, ne se passera pas seulement au niveau de chaque institution, mais également au niveau du programme national. Ainsi QuaThéDA devient-il véritablement un instrument pour piloter une politique de santé publique.

### Coordination de finances et qualité

Les mesures de restriction des subventions lancées par l'OFAS ont engendré une grave crise financière auprès des institutions. Celle-ci aura eu le mérite d'obliger les autorités à se pencher sur le problème du financement à long terme des thérapies résidentielles et d'en proposer de nouveaux modèles. L'OFSP a été chargé de piloter ce projet appelé FiDE (Nouveau modèle de financement des thérapies en matière de dépendances). Un groupe de travail a été mandaté pour définir des catégories de prestations. Les résultats de ces travaux importants seront pris en compte par le SMQ QuaThéDA pour harmoniser deux partenaires indissociables: argent et qualité. QuaThéDA doit permettre de trouver un langage commun entre les bailleurs de fonds et les prestataires de services spécialisés.

L'OFSP négociera la reconnaissance de QuaThéDA par les cantons, qui pourrait alors être ancrée dans la nouvelle

«Convention relative aux institutions». Celle-ci pourrait à l'avenir aussi inclure les institutions du domaine des dépendances. L'objectif est ici d'éviter que les institutions ne doivent répondre à des exigences multiples: OFAS, cantons et OFSP. L'objectif serait ici: qui aurait obtenu le label QuaThéDA recevrait les subventions provenant de l'assurance invalidité et celles des cantons. S'il est certain que QuaThéDA sera reconnu par l'OFAS puisqu'il est créé à partir de ses exigences, il n'est pas encore possible de l'affirmer en ce qui concerne les cantons. Ce volet dépendra du processus de négociation en route autour de la redéfinition de cette nouvelle Convention relative aux institutions.

### Harmonisation avec la nouvelle statistique nationale

QuaThéDA devra finalement être connecté avec un autre grand projet en cours d'élaboration: la nouvelle statistique des dépendances. Celle-ci a l'ambition d'élaborer une seule statistique nationale, en intégrant celles en cours: SAMBAD, FOS, SAKRAM/CIRSA et méthadone. Il s'agit non seulement de développer un instrument de travail moderne qui permet de comparer les secteurs d'activités concernés, mais d'établir des liens avec les statistiques européennes. Les recueils de données devront être harmonisés avec ceux définis dans le cadre de QuaThéDA. L'objectif ici est d'éviter que les institutions ne doivent remplir plusieurs statistiques, ce qui représente une charge trop lourde, en tout cas pour les plus petites d'entre elles.

### Un processus participatif

QuaThéDA ne saurait être conçu en vase clos. Il doit être porté par un large mouvement qui en assure l'acceptabilité et la faisabilité. Un partenaire y joue un rôle central: Coste qui a établi des liens privilégiés avec les institutions. Ce service avait lancé un processus de définition de qualité en 1996 déjà, mais il avait été stoppé par la crise financière mentionnée ci-dessus. Le spécialiste qualité engagé par l'OFSP travaille en étroite collaboration avec Coste.

L'organisation du projet prévoit la création de groupes de travail intégrant des représentants des associations professionnelles, de groupes de travail existants,

des cantons, des instituts de recherche et des autres projets concernés. Ces représentants ont le rôle d'assurer le transfert d'information avec leur domaine d'activités, la légitimité du projet et l'élaboration d'un SMQ fonctionnel et adapté aux besoins des différents partenaires.

Un lien privilégié est également établi avec le Secrétariat de la Conférence des directeurs des affaires sociales (CDAS/SoDK), afin d'assurer dès le départ le lien avec les cantons.

### La question de la reconnaissance

Un dernier sujet doit être abordé. Quel système de reconnaissance mettre en place: un simple label QuaThéDA, une certification en bonne et due forme, quel système d'audit, à quelle fréquence? etc. De nombreuses variantes sont possibles. Ces questions ont des implications financières importantes et elles doivent être négociées avec les représentants des associations professionnelles et des cantons. Là encore, l'OFSP doit jouer son rôle de coordinateur, avec pour but de trouver un système simple et efficace, supportable pour les institutions et les collectivités publiques et bénéficiant d'une reconnaissance la plus large possible.

### Planification et mesures d'accompagnement

Le calendrier de la première étape du programme national QuaThéDA est dicté par celui établi par l'OFAS, qui exige donc des institutions qu'elles aient mis en place un SMQ à fin 2001. Les mesures d'accompagnement suivantes sont prévues par l'OFSP pour garantir que les institutions aient répondu à cette exigence: formation des responsables qualité, soutien individuel et collectif lors de la mise en application de QuaThéDA dans les institutions et un manuel qualité. Toutes ces mesures sont gratuites. Cet investissement important consenti par l'OFSP témoigne de la valeur qu'il attribue aux thérapies menant à l'abstinence. Les travaux sont planifiés en 4 étapes principales:

1. Etude des expériences déjà réalisées en matière de qualité par les institutions pionnières et des résultats de recherche effectués par l'ISF, afin

d'élaborer une première esquisse de QuaThéDA.

Première information aux institutions (25 janvier 2000 à Lausanne).

2. Elaboration définitive de QuaThéDA avec les groupes de travail (jusqu'à juin 2000).

3. Formation des responsables qualité désignés par les institutions (automne 2000).

4. Mise en œuvre de QuaThéDA dans les institutions et mesures de soutien individuelles et collectives. Une année entière est prévue pour cette dernière phase. Conceptualisation du système de reconnaissance (toute l'année 2001).

La mise en place d'un système de management de la qualité dans un organisme constitue un surcroît de travail important, qu'il ne faut pas cacher. Mais il faut souligner que toutes les institutions qui l'ont entreprise disent après coup le bénéfice qu'elles en ont tiré: clarification des tâches, transparence et simplification des processus, stimulation nouvelle, mise au courant facilitée des nouveaux collaborateurs, etc.

### Une date pour la suite

A ce jour, une soixantaine d'institutions se déclarent prêtes à adopter le SMQ QuaThéDA, et une quarantaine ne se sentent pas encore en mesure de décider, mais veulent en tous les cas suivre l'évolution du projet.

Le 25 janvier 2000 sera organisée à Lausanne une première journée QuaThéDA, où sera présenté aux institutions ce à quoi va ressembler ce système de management de la qualité. Elles auront alors à disposition les informations nécessaires pour décider définitivement, si elles veulent adopter QuaThéDA ou un des autres SMQ à disposition sur le marché privé.

A l'exposé de cette situation, on comprend que QuaThéDA n'est pas simplement un SMQ de plus qui serait créé pour un secteur d'activités en mal de marquer sa différence. C'est un projet national et multidimensionnel, qui assure la coordination avec d'autres projets en cours et qui assure la poursuite d'une politique cohérente dans le secteur des thérapies résidentielles en matière de dépendances. Il garantit aux institutions de participer au courant d'évolution dans ce domaine.

## COURS SEMINAIRES

### Modules fordd

**Aspects médico-psychiatriques des dépendances; comorbidités**  
jeudis 20 et 27 janvier; jeudi 3 février 2000

**Approches cognitivo-comportementales des addictions (niveau 1)**  
lundis 6-13-20-27 mars, 6 avril 2000

**Les représentations sociales, les valeurs et les normes qui légitiment l'intervention médico-sociale**  
jeudis 16-23 mars; 6 avril 2000

**Travail interdisciplinaire avec les proches du patient dépendant**  
lundi-mardi-mercredi 3-4-5 avril 2000

**Problématique des addictions et santé communautaire**  
mardi 23 mai; mercredi et jeudi 14-15 juin 2000

**Réduction des risques**  
jeudis 25 mai; 8-22-29 juin 2000

**Aborder les problèmes de dépendances dans le cadre de l'atelier socio-professionnel**  
lundi-mardi-mercredi 4-5-6 septembre 2000

**Introduction à la recherche et l'évaluation dans le domaine de l'addiction**  
jeudis 21 septembre; 26 octobre; 22 novembre 2000

**Thérapies cognitivo-comportementales des addictions (niveau 2)**  
lundis 23 et 30 octobre; 6 et 13 novembre 2000

*Programme complet, renseignements et inscription:*  
fordd, case postale 20, 1401 Yverdon, 024/426 34 34, fax 024/426 34 35

### Actions de perfectionnement professionnel ARIA

**Toxicomanie et maternité – expériences québécoises**  
2 jours (dates à fixer)  
Mme Louise Guyon, RISQ, Montréal, et Mmes Susan Harrison /Virginia Carver, Centre de Toxicomanie et Santé mentale, Ontario (A confirmer)

**Dépendances et migration**  
2 jours (dates à fixer)  
(organisé en collaboration avec Appartenances)

**Enjeux éthiques et réduction des risques**  
2 x 1 jour (dates à fixer)  
M. Claude de Jonckheere, Dr Joakim Delarive, Dr Amalio Telenti, Dr Martine Monnat, Me Jean-Pierre Garbade, Me Laurent Schmid, M. Nicolas Heller, Mme Anita Marxer

**L'accompagnement thérapeutique basé sur le rapport collaboratif**  
6 x 1/2 journée (dates à fixer)  
Dr Charly Cungi

**Construire des actions de partenariat avec les usagers de drogues**  
1 jour et 4 x 1/2 journée (dates à fixer)  
Dr Miguel De Andres, Dr Jean-Claude Mettraux

**Thérapie et émotions après le sevrage**  
2 jours  
M. Frédéric Neu

*Programme complet, renseignements et inscription:*  
ARIA/GREAT, Case postale, 1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34, fax 024/426 34 35

### Journées de sensibilisation ISPA janvier-juin 2000

**Prévention: Approche théorique**  
vendredi 14 janvier 2000

**Prévention en pratique 1: La prévention non spécifique**  
vendredi 21 janvier 2000

**Prévention en pratique 2: Les outils préventifs**  
vendredi 28 janvier 2000

**Et si on parlait des drogues... une journée réservée aux jeunes**  
mercredi 2 février 2000

**Dépendances: aider. Première approche**  
vendredi 3 mars 2000

**Le travail en réseau: un idéal théorique?**  
vendredi 10 mars 2000

**Alcool, drogues: s'en sortir**  
vendredi 17 mars 2000

**3 cours de formation personnelle**  
a) Affirmation de soi  
b) Gestion des émotions  
c) Communication non violente  
samedis 1<sup>er</sup> et 29 avril et 6 mai 2000

**1 séminaire pour les parents**  
samedis 13 et 20 mai 2000

*Programme complet auprès de:*  
ISPA, D. Ayer, CP 870, 1001 Lausanne, 021/321.29.85, e-mail: dayer@sfa-ispa.ch.