



Évolutions et mutations des institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse romande

Jean Clot, Romain Bach et Jean-Félix Savary

Lausanne, avril 2021

Abstract

La présente recherche vise à analyser le rôle des institutions résidentielles sociothérapeutiques du domaine des addictions et à identifier leurs spécificités et apports aussi bien au niveau individuel que collectif en Suisse romande. D'un point de vue méthodologique, une démarche ascendante a été privilégiée afin de recueillir des informations auprès d'une pluralité d'acteurs : bénéficiaires, professionnel·le·s, et partenaires du réseau addiction. Les résultats offrent des pistes de réflexion et d'action qui favorisent de nouvelles approches et conceptualisation des prestations résidentielles.

Citation suggérée

Clot, J., Bach, R., & Savary, J.-F. (2021). *Évolutions et mutations des institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse romande*. GREA, Lausanne.

Remerciements

La recherche a pu être réalisée grâce à l'implication des participants et au soutien de nombreuses institutions et partenaires. Nous tenons ainsi à remercier d'une part l'ensemble des parties prenantes des différents publics cibles de l'enquête pour leur disponibilité et intérêt, et d'autre part les institutions résidentielles membres de la plateforme des fonctions dirigeantes du GREA qui ont participé au financement du projet selon une clé proportionnelle, la Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions (CRIAD), ainsi que l'Association des Œuvres d'utilité publique du district de Courtelary.

Table des matières

Résumé exécutif	I
1. Introduction.....	1
1.1 Problématique et objectifs.....	1
1.2 Périmètre.....	2
1.2.1 Périmètre géographique : Suisse romande et cantons latins.....	2
1.2.2 Périmètre des institutions résidentielles	2
1.2.3 Périmètre du public cible :	5
1.2.4 Périmètre d'investigation : état des lieux et angle d'approche.....	6
2. Cadre méthodologique.....	8
2.1 Phase exploratoire.....	8
2.2 L'enquête par questionnaires	8
2.2.1 Questionnaire pour les bénéficiaires et usagers	10
2.2.2 Questionnaire pour les partenaires et proches	10
2.2.3 Questionnaire pour les professionnels des institutions résidentielles	11
2.3 L'enquête qualitative.....	11
2.3.1 L'observation participante	12
2.3.2 Les entretiens semi-directifs	14
2.3.3 Les focus groups.....	15
2.3.4 Sélection des informateurs et échantillonnage	15
2.4 Traitement des données.....	17
2.4.1 Analyse des questionnaires	17
2.4.2 Nuages de mots clés	18
2.4.3 Analyse des entretiens et focus groups	19
2.5 Limites de l'étude	19
3. Les spécificités du résidentiel du point de vue des bénéficiaires	22
3.1 L'effet structurant du résidentiel.....	23
3.1.1 Instauration d'un rythme de vie	23
3.1.2 Organisation de l'espace de vie.....	26
3.1.3 Impact bénéfique sur la santé	27
3.2 Acquisition de compétences professionnelles	28

3.3	Vers une plus grande autonomie	28
3.4	Sentiment de sécurité	29
3.5	Importance et rôle pacificateur du groupe	31
3.6	Regard réflexif et apprentissage personnel	33
4.	Perspectives des professionnels du résidentiel	36
4.1	Séjour en résidentiel et rétablissement.....	36
4.2	Séjour en résidentiel et non-consommation.....	37
4.3	Synergies et volontés communes	41
4.4	Adaptation, flexibilité et individualisation des prestations	44
4.5	Changements dans la population des bénéficiaires.....	46
5.	Perspectives des partenaires.....	50
5.1	Représentations du résidentiel : convergences et différences	50
5.2	Interface entre institutions résidentielles et ambulatoires	56
5.2.1	Diversité et complémentarité des prestations	57
5.2.2	Le point de vue des bénéficiaires sur les interfaces	58
5.2.3	Des étapes non prédéterminées de parcours pluriels	60
5.3	Quel accompagnement pour quelles situations ?	61
5.4	Le résidentiel du point de vue de la justice.....	63
5.4.1	Besoins et attentes	64
5.4.2	Critiques et perspectives.....	66
6.	Le résidentiel : obstacles et défis	69
6.1	Diversité des projets sociothérapeutiques et hétérogénéité des publics. 69	
6.2	Interface entre le résidentiel et la société	71
6.3	Parcours cycliques, sortie de l'institution et « rechutes ».....	72
6.3.1	Difficultés d'insertion professionnelle	75
6.3.2	Accès limité au logement	77
6.3.3	Difficultés d'intégration sociale	79
6.3.4	Stigmatisation.....	80
6.4	Défis et pistes de solutions	83
7.	L'apport du résidentiel pour les partenaires : études de cas.....	88

7.1	Canton de Genève	88
7.1.1	Types de situations	89
7.1.2	Désengorgement de services du réseau sociosanitaire	90
7.2	Canton du Valais	93
7.2.1	Considérations générales.....	94
7.2.2	Types de situations	96
7.2.3	Attentes des partenaires	97
7.3	Discussions.....	98
7.3.1	Repenser certains termes ?.....	99
7.3.2	Revoir les indicateurs ?.....	101
7.3.3	La gouvernance : quels enjeux ?.....	104
7.3.4	Pistes de réflexion.....	105
8.	Conclusions.....	107
9.	Références bibliographiques	110

Résumé exécutif

Reflets des débats sociétaux, les offres de soin en résidentiel pour les problèmes d'addictions ont connu des bouleversements très importants durant ces trente dernières années. Ces structures ont dû se moderniser, afin de s'insérer dans des dispositifs addictions en mutation. Dès les années 1990, l'arrivée du concept de réduction des risques, nouveauté de la politique suisse des quatre piliers, ainsi que la médicalisation des dépendances viennent interroger les approches traditionnelles basées sur la non-consommation. Face à ces changements, les institutions résidentielles vont soit fermer, soit se réinventer. L'offre existante aujourd'hui est le fruit de cette nécessaire évolution et témoigne de la grande capacité d'adaptation de ces institutions.

Ces évolutions ont lieu à l'intérieur de structures, derrière des murs protecteurs, dans des espaces construits pour garantir une mise à l'abri des résident·e·s, mais qui peuvent aussi cacher cette réalité aux personnes qui ne travaillent pas à l'intérieur. Ainsi, la rapidité des changements dans les résidentiels demandait une mise à jour, pour mieux décrire et conceptualiser la nature du travail qui s'y fait. Quelles contributions le résidentiel apporte-t-il aux bénéficiaires ou à la société ? Voici l'objectif de ce rapport qui se centre sur le contexte suisse romand¹.

Approche méthodologique

L'étude adopte une méthodologie ascendante qui propose de reconstruire une vision du résidentiel à partir de l'expérience des parties prenantes et qui s'appuie sur trois groupes identifiés et analysés séparément : les bénéficiaires, les professionnel·le·s et les partenaires (secteur ambulatoire, domaine hospitalier, services sociaux et dispositif pénal). Plusieurs techniques de récolte d'information ont été utilisées : enquête par questionnaire, réalisation d'entretiens semi-dirigés, focus groups et observation participante. Ces informations ont ensuite été analysées sous un angle privilégiant l'analyse de discours et de contenu thématique afin de proposer une nouvelle conceptualisation de l'offre.

Les spécificités du résidentiel du point de vue des bénéficiaires

Du point de vue des bénéficiaires, l'analyse a permis de faire ressortir les constats suivants :

- L'accompagnement résidentiel a **un effet structurant face à des situations d'instabilité et de déséquilibre** : il permet la (ré)acquisition de compétences de bases pour la vie en société, l'instauration d'un rythme de vie et une meilleure organisation des espaces personnels et collectifs. L'impact est déterminant sur la

○ ¹ La principale unité d'analyse est l'institution résidentielle de manière générale, au-delà des spécificités cantonales. Toutefois, de brèves études de cas ont été réalisées dans les cantons de Genève et du Valais pour mieux cerner certaines particularités régionales. Celles-ci sont détaillées plus loin dans le rapport.

santé (amélioration des habitudes de sommeil, d'alimentation ou encore de l'hygiène de vie) et sur les capacités d'insertion sociale (rapport aux autres, relations, etc.).

- Les bénéficiaires perçoivent le séjour en résidentiel comme **une possibilité d'acquérir des ressources**, telles que le renforcement de la confiance en soi, l'émancipation par rapport au regard des autres et à celui que l'on porte sur soi-même. La mobilisation de ces ressources ouvre des opportunités : se projeter dans l'avenir, concevoir des projets, déterminer des priorités, ou encore affirmer ses choix, les assumer et en envisager les conséquences.
- Le thème de **la sécurité est récurrent**, à la fois pour la protection et la distanciation par rapport : aux produits, au contexte professionnel, aux lieux de consommation, au milieu carcéral et au réseau social lié à la consommation ou au deal. Le séjour en résidentiel est perçu comme une **mise à l'abri face à des violences**, qu'elles soient physiques ou psychologiques.
- La plupart des résident·e·s ont souligné l'importance du (ré)**apprentissage de la vie en groupe**, lors d'activités collectives et d'interactions quotidiennes. La dépendance provoque des dommages importants à ce niveau et la temporalité du séjour résidentiel permet d'acquérir à nouveau les compétences de base pour la vie en société. Ainsi le groupe peut devenir un vecteur d'éducation interpersonnelle grâce à des échanges générateurs d'autosupport.
- Le séjour en résidentiel favorise **un regard réflexif et l'apprentissage personnel** : plusieurs témoignages montrent que le séjour constitue une opportunité pour mettre des mots sur des difficultés, des situations à risque, des questionnements, ou encore des besoins. Cela peut créer les conditions favorables pour une dynamique thérapeutique ou de rétablissement (meilleure connaissance de ses forces et limites, capacité à se projeter dans l'avenir, pouvoir d'agir et responsabilisation, changements au niveau de la relation aux autres).

Perspectives des professionnel·e·s du résidentiel

L'analyse du discours des professionnel·e·s a permis de faire ressortir les éléments suivants :

- On assiste à **un changement progressif de paradigme** sur la place que l'on accorde à l'individu dans nos sociétés modernes où l'individualisme est central. À l'instar d'autres domaines, il y a de nombreuses réflexions sur le rôle actif que peut jouer l'individu, son entourage et sa famille, auparavant ramenés à des rôles plus passifs.
- **Le courant du rétablissement a bénéficié d'un écho grandissant**. Cela se reflète dans une volonté de s'inscrire dans une vision de l'humain, responsable de sa santé, en accord avec la Stratégie nationale Addictions. Il s'agit ainsi de proposer des offres qui correspondent au projet de la personne, et non d'amener la personne à s'adapter à l'institution.

- Il y a ainsi une **diversité d'approches et de prestations** : certaines institutions mettent l'accent sur l'expérimentation de la non-consommation dans une perspective de stabilisation, d'autres ont une approche plus traditionnelle orientée vers la réinsertion socioprofessionnelle, alors que d'autres proposent de travailler sur les consommations non problématiques. Certaines combinent plusieurs de ces approches.
- La majeure partie des professionnels estime qu'**il doit y avoir une « co-construction » de projets personnalisés**, en soulignant qu'un effort est fait en vue de proposer des « prestations plus individualisées ». En d'autres termes, le projet du bénéficiaire devrait reposer sur un processus délibératif, collaboratif et interactif. Dans ce schéma, la réduction des risques, la consommation non problématique, ou encore la non-consommation ne sont pas tant perçues comme des finalités, mais comme des moyens pour parvenir à une meilleure qualité de vie.

Perspectives des partenaires

Les partenaires ont mis en évidence les dimensions suivantes :

- Il y a une **diversité de points de vue par rapport aux addictions et au rôle que peut jouer le résidentiel**, certain·e·s interlocuteur/trice·s mettant l'accent sur les déterminants sociaux des problématiques alors que d'autres se focalisent davantage sur l'aspect psychopathologique des addictions. Pour certain·e·s, le résidentiel constitue avant tout un moyen de créer ou recréer du lien social, alors que pour d'autres il devrait être un instrument de consolidation de la non-consommation.
- Au niveau des attentes des partenaires, le résidentiel constitue une réponse face à **des situations assez diverses de déséquilibre, de fragilité, ou encore de crise auxquelles sont confrontées les personnes concernées**, et de manière indirecte les différents partenaires qui les accompagnent. Celles-ci ne s'excluent pas mutuellement, mais ont plutôt tendance à se renforcer réciproquement lorsqu'elles s'additionnent. Les situations suivantes ont été évoquées :
 - 1) Crise suite à une hospitalisation ou à un séjour de sevrage.
 - 2) Précarité sociale et professionnelle conjuguée à une problématique d'addiction.
 - 3) Rupture dans le parcours professionnel ou la formation, et difficultés d'accès au marché du travail, notamment pour les personnes sous traitement par agonistes opioïdes (TAO).
 - 4) Traumatismes souvent conjugués avec des troubles psychiques (comorbidités).
 - 5) Consommateur/trice·s actif/ve·s qui effectuent des séjours en résidentiel dans une optique de « recentrage » ou encore de « break ».
 - 6) Problèmes judiciaires en lien avec l'addiction. Dans ces situations variables, les autorités peuvent ordonner un placement au sein des institutions (articles 59, 60 et

61 du Code pénal suisse), et le séjour peut constituer une alternative viable à la prison.

- Le résidentiel peut ainsi jouer **un rôle stabilisateur de « soupape de sécurité », non seulement sur le plan individuel, mais également dans une perspective plus systémique**, c'est-à-dire que la prise en charge de situations de crise permet d'alléger la pression notamment sur le système hospitalier ou encore sur les différents services sociaux. Les entretiens avec les acteur/trice·s du domaine de la justice ont permis de mettre en lumière des critères de succès pour les mesures institutionnelles aussi bien sur le plan individuel que collectif, à travers un travail en réseau. Au nombre de ces critères figurent l'adhésion de la personne concernée au projet de soin, en l'occurrence à la mesure institutionnelle ainsi que la prise en compte de l'environnement social de la personne au-delà du strict aspect de la consommation. Les diagnostics psychiatriques qui sous-tendent en partie les décisions de justice pourraient en outre être également complétés par des expertises sociales. Le dialogue et la coopération entre les différents champs professionnels permettent également d'améliorer les accompagnements ; de ce point de vue, certaines expériences cantonales positives pourraient être capitalisées et envisagées dans d'autres cantons.

Le résidentiel : obstacles et défis

L'enquête de terrain a également permis d'identifier un certain nombre d'obstacles et défis auxquels sont confrontées les institutions résidentielles :

- **La diversité des projets sociothérapeutiques et l'hétérogénéité des publics** : c'est-à-dire de « mélanger » différents types de public ayant des projets relativement différents, soit principalement de parvenir à une non-consommation pour les uns, et de parvenir à mieux gérer leurs consommations pour les autres.
- **L'interface entre le résidentiel et la société, ainsi que la sortie de l'institution** : le décalage entre le cadre protégé du résidentiel et le retour à un type de normalité en société, a été soulevé à plusieurs reprises par divers informateur/trice·s des trois publics cibles de l'enquête.
- **Les « parcours cycliques » et des « rechutes »** : l'analyse montre que le fait d'effectuer un deuxième ou un troisième séjour dans une institution résidentielle ne procède pas tant de choix délibérés ou intentionnels, mais se doit davantage à des facteurs structurels : 1) des difficultés de (ré) insertion professionnelle ; 2) un accès limité au logement (qui est en partie conditionné par le statut professionnel) ; 3) des difficultés d'intégration sociale et 4) un phénomène de stigmatisation.

Discussions

L'analyse des informations recueillies a permis de mettre en évidence que le rôle et les apports du résidentiel dépassent la vision classique liée au traitement dans une optique de réinsertion socioprofessionnelle. En effet, les résultats obtenus font ressortir des

perspectives variées et des conceptions plurielles dont le dénominateur commun réside dans la place octroyée à la personne concernée, ainsi que ses besoins, ses projets et ses décisions. Plus qu'un facteur de réinsertion, **le résidentiel constitue avant tout un moyen d'acquérir des compétences sociales et relationnelles qui ouvrent à nouveau sur des possibles**, dont l'inclusion sociale ou encore la réinsertion professionnelle font partie. Il conviendrait dès lors d'opérer un renouvellement conceptuel en mettant davantage l'accent sur l'approche des « **capabilités** » et de continuer à ancrer la perspective du rétablissement.

Les résultats mettent également en évidence **la dissonance qui existe actuellement entre la plus-value réelle de ces services et le type d'indicateurs** que les professionnels mobilisent. Alors que les prestations ont évolué dans le sens du rétablissement, des droits humains et de la nouvelle Stratégie Addictions, les indicateurs utilisés peuvent rester liés à l'ancienne conception du résidentiel, qui se décline en « maintien de l'abstinence », « employabilité », ou encore « rechute ».

Pour surmonter cet obstacle et mettre à jour un système de suivi de la qualité des prestations et améliorer la transparence, plusieurs pistes semblent possibles :

- 1) **Le renouvellement des indicateurs** : construire de nouveaux indicateurs, qui intègrent les dimensions évoquées dans le rapport. Cela aurait l'avantage de fournir une vision précise des dimensions touchées par la prestation. Le coût de mise en œuvre d'un tel système serait en revanche élevé.
- 2) **La prise en compte de la perspective qualitative de la personne** : dans le modèle du rétablissement, le parcours doit être considéré à travers les yeux et le ressenti de la personne, sur les différentes dimensions du modèle.
- 3) **Une meilleure gouvernance** : afin de stimuler les débats au sein des institutions et d'accompagner le changement, des forums d'échanges ou autres lieux d'apprentissage collectif pourraient être favorisés, notamment pour les organes de pilotage, comme les conseils ou les cantons.

Conclusion

À travers l'effet structurant du résidentiel qui rend possible la réflexion, l'apprentissage, l'autoresponsabilisation ou encore l'acquisition de ressources, les bénéficiaires parviennent à (re)développer des compétences sociales et relationnelles qui ont été émoussées par des problématiques diverses d'addiction. De ce point de vue, le résidentiel constitue par là même **un lieu de participation et construction de la citoyenneté**, pour retrouver une place dans la société.

Plus que le produit lui-même, c'est donc la dynamique sociale des personnes qui est au centre du parcours thérapeutique du résidentiel. Cela semble correspondre à la vision actuelle des addictions, corroborée par les neurosciences, qui considère la dépendance comme une maladie du lien et de la relation à l'autre. De ce point de vue, le résidentiel constitue une prestation qui permet aux personnes de regagner des compétences qui vont

leur permettre d'évoluer en société de manière autonome. En ce sens, **il participe directement à rétablir une certaine égalité des chances en matière de santé.**

L'addiction correspond avant tout à un redéploiement des stratégies de la personne vers le produit, la coupant de son environnement social, qui est pourtant vital. Avec le temps, la consommation déconnecte la personne de son entourage. Les prestations du résidentiel aujourd'hui relèvent précisément ce défi, soit de retrouver un chemin vers l'autonomie par un rapport apaisé au monde et aux autres. Le résidentiel se concentre donc sur une tâche précise, distincte des autres offres d'aide : **elle permet à la personne de (re)constituer un espace sécurisé dans la relation aux autres, problème qui peut être à la fois à l'origine des consommations, et la conséquence d'une période d'addiction.**

Le résidentiel apparaît donc livrer une contribution significative bien au-delà de la seule variable thérapeutique liée à une substance. Si la dimension du rapport à la substance (notamment la non-consommation) n'est pas forcément toujours au centre du travail aujourd'hui, cela n'enlève rien à l'utilité d'une offre spécifique addictions en la matière. Les compétences qui sont travaillées en résidentiel sont en effet exactement celles qui sont lésées en cas d'addiction. **Ces dimensions s'inscrivent pleinement dans la Stratégie nationale Addictions** qui met précisément l'accent sur la « qualité de vie », la « prise de responsabilité » ou encore le renforcement des « compétences en matière de santé ».

D'un point de vue systémique, le résidentiel comporte un certain nombre d'apports pour les différents partenaires du réseau médicosocial : il permet fréquemment de prendre en quelque sorte le relais lors de situations de crise, notamment en milieu hospitalier et psychiatrique, et contribue également à désengorger ces services. Il constitue dans cette perspective une soupape de sécurité. On peut penser que **les bénéficiaires du résidentiel, qui y auront acquis ou renforcé leurs compétences, seront moins enclins à solliciter et surcharger les autres offres actuelles.** Le présent rapport envisage des pistes de réflexion et analyse, mais ne porte pas sur une quantification de cet apport concret au réseau public, aussi des travaux pourraient être entrepris dans ce sens.

Il reste maintenant aux acteur/trice·s de résidentiels de continuer leurs efforts pour conceptualiser leurs offres, dans le cadre d'un référentiel renouvelé. La présente analyse montre que l'approche des capacités, tout comme celle du rétablissement, semble prometteuse pour une inscription nouvelle du résidentiel dans le domaine de la politique des addictions. Cela ouvre sur un nouveau positionnement du domaine social dans les politiques addictions, plus transversales, et non cantonnées à un « pilier », ou « champ d'action ». En effet, la plus-value du résidentiel, tel qu'elle a été mise en évidence dans ce rapport, porte bien sur les quatre « piliers » de la politique suisse en la matière. Il vient compléter les autres actions entreprises, par une prestation indispensable pour certain·e·s : retrouver après une période d'addiction un rapport apaisé au monde. Bien que réservée à un nombre restreint de personnes, la consolidation de ces offres n'en est pas moins un défi majeur, dans une perspective d'égalité des chances et de droits humains. Par une meilleure transparence sur les activités, par une insertion de ses pratiques dans les

réflexions contemporaines d'innovations sociales, les offres résidentielles ont la capacité de relever ce défi.

1. Introduction

Le présent rapport est le fruit d'une recherche à dimension collaborative portant sur l'évolution et les mutations des institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse romande. Il se structure de la manière suivante : après avoir présenté dans un premier temps la problématique, les objectifs, ainsi que le périmètre de la recherche, une seconde partie concerne le cadre méthodologique où sont exposées les différentes techniques de récolte et d'analyse des données. Ensuite, les résultats de la recherche sont présentés dans une troisième partie. Celle-ci se divise en plusieurs grandes sous-sections relatives aux perspectives des différents publics cibles, soit les bénéficiaires, les professionnels du résidentiel, ainsi que les partenaires (secteur ambulatoire, services sociaux, domaine hospitalier et dispositif pénal) ; une sous-section est également consacrée aux obstacles et défis qui ont été identifiés. Chacune de ces sous-sections est ponctuée par des tableaux de synthèse reprenant leurs principaux éléments. Enfin, en complément, deux brèves études de cas mettent l'accent sur l'apport des institutions résidentielles pour les partenaires du réseau élargi (médico-social et justice) dans les cantons de Genève et du Valais, et permettent de mettre en évidence des particularités régionales avec des exemples concrets du terrain.

1.1 Problématique et objectifs

Le domaine des addictions a considérablement évolué ces dernières années avec notamment l'intégration du thème de la réduction des risques (RDR) et une diversification des pratiques. C'est dans ce contexte de mutations profondes que s'inscrit cette recherche dont le principal objectif est d'analyser le rôle du résidentiel selon une perspective ascendante qui intègre pleinement la perception et parole des usagers, des professionnels et des partenaires². Le projet contribuera ainsi à une caractérisation exhaustive de l'accueil résidentiel dans une optique qualitative, et à identification des nouvelles fonctions et des pratiques innovantes afin de construire les prestations du résidentiel de demain. En outre, il vise plus spécifiquement les objectifs suivants :

- Mettre en lumière les fonctions des prestations résidentielles pour les bénéficiaires.
- Identifier et décrire les pratiques des professionnels du résidentiel.
- Distinguer les avantages apportés par les institutions résidentielles pour les partenaires du réseau (aide sociale, milieu hospitalier, santé publique, dispositif pénal, ordre public), ainsi que pour les proches.
- Identifier les représentations et perceptions des différents acteurs à l'égard du résidentiel.

² Dans le rapport intégral, le masculin est utilisé à titre générique, toutefois tous les statuts, fonctions et autres désignations sont à entendre aussi bien au masculin qu'au féminin.

1.2 Périmètre

Il s'agit dans cette section de délimiter les contours de ce travail : géographiques, du point de vue des institutions résidentielles, au niveau des publics cibles de l'enquête, et également l'angle d'approche, ce qui équivaut à examiner aussi sous quels angles les institutions résidentielles ont été précédemment abordées et étudiées dans le contexte suisse.

1.2.1 Périmètre géographique : Suisse romande et cantons latins

La Suisse romande présente des particularités qu'il convient de rappeler : au-delà de certains aspects socioculturels, tels que la dimension francophone, les cantons latins se caractérisent par un développement accru des politiques sociales, comme l'aide aux personnes en situation de dépendance et précarité. Aussi, face aux ajustements structurels et au retrait du financement fédéral dans les années 2000 (suppression du financement partiel des institutions par le biais de l'article 73 de la Loi sur l'assurance invalidité), constate-t-on moins de fermetures d'établissements résidentiels sociothérapeutiques en comparaison avec l'échelle nationale, en l'occurrence 4 fermetures sur 59 au niveau national (Roduit, 2012). Cette situation pourrait se devoir également aux réponses régionales face à la crise de financement : dans les cantons romands, la tendance a été à la réduction de la taille des institutions, plutôt que du nombre d'institutions, tel que cela a été le cas en Suisse alémanique (Gehrig et al., 2012). Ce modèle axé sur des volets davantage sociothérapeutique et socio-éducatif a ainsi perduré et a été amené à opérer des changements, notamment en diversifiant les prestations et modalités d'intervention, comme il sera abordé ultérieurement dans ce rapport.

1.2.2 Périmètre des institutions résidentielles

Il n'y a pas de définition concrète, claire et consensuelle des institutions résidentielles en Suisse romande, du fait qu'il s'agit de prestations cantonales et qu'il n'y a pas de pilotage au niveau fédéral. Dans l'enquête nationale sur le financement des thérapies résidentielles des dépendances en Suisse d'Infodrog (Herrmann et al., 2006), il est précisé que les offres cantonales sont très hétérogènes et que les institutions proposent : 1) des séjours de thérapie ou de réinsertion, 2) des « thérapies à moyen et long terme » ; 3) des offres de sevrages, des offres transitoires/d'insertion ainsi que les offres de suivi après la thérapie ; 4) des offres orientées vers l'abstinence ou vers un développement [personnel], avec ou sans possibilité de substitution.

Au-delà de ces dimensions, cette enquête s'est focalisée sur les institutions résidentielles qui présentent un certain nombre de caractéristiques.

- Du point de vue du champ d'action et des problématiques : spécialisation en matière d'addictions, personnel qualifié dans ce domaine. Dans cette optique, certaines

institutions qui, de par leur public cible, prennent en considération les addictions, mais dont le domaine prioritaire est autre, par exemple le handicap, la précarité, santé et vieillesse ne sont pas considérées dans ce travail comme des « institutions résidentielles ».

- Du point de vue de l'approche : orientation socio-éducative, sociothérapeutique et psychosociale ne faisant pas partie de la liste des hôpitaux cantonaux. En conséquence, les structures d'hébergement médicalisées, tel que les hôpitaux psychiatriques et les cliniques privées ne sont pas pris en compte.
- Du point de vue du suivi : accompagnement intensif 24/7, aussi les prestations telles que les appartements protégés, ou encore les centres et ateliers de jour n'entrent pas dans ce périmètre. Ce critère est étroitement lié à la définition des institutions résidentielles par le groupe de coordination « Financement de la thérapie résidentielle des dépendances » (FIDÉ) : « les prestations fournies dans le domaine résidentiel sont, en règle générale, du type substitutif du cadre de vie » (Burkhard et al., 2003).
- Du point de vue du mode de financement : financement mixte par les cantons (à travers l'aide sociale notamment) et dans une moindre mesure par des particuliers (donations) et les propres ressources des institutions ou des faîtières.
- Du point de vue de l'expérience dans le panorama romand : expérience significative d'au moins 10 ans dans le champ des addictions en Suisse romande. Pour cerner l'évolution et les mutations des pratiques tel que le propose l'étude, il convient de se centrer sur des institutions dont les acteurs bénéficient d'un certain recul ou regard rétrospectif, soit des acteurs qui soient à même d'identifier des transformations.

En partant de ces postulats, la liste ci-dessous énumère les structures résidentielles qui ont été prises en compte par canton romand. Elles sont, dans certains cas, rattachées à des institutions plus vastes qui proposent des prestations variées, par exemple résidentielles, ambulatoires ou encore des séjours en appartement protégé. Dans ce cas de figure, la structure résidentielle apparaît comme une sous-catégorie, le premier niveau correspondant à l'institution principale de rattachement.

Vaud

- La Fondation Bartimée :
 - Le foyer de Corcelettes à Grandson destiné « aux personnes dépendantes, seules ou en couple, motivées à se distancer des addictions ».
- La Fondation Estérelle-Arcadie (Vaud) :
 - L'Estérelle à Vevey

- L’Arcadie à Yverdon-les-Bains, les deux étant des « institutions spécialisées dans l’accompagnement et la réinsertion des personnes touchées par les problèmes d’alcool ».
- La Fondation Le Levant (Vaud) :
 - Le Centre d’Accueil à Seuil Adapté (CASA) à Lausanne qui propose « des séjours résidentiels, d’un à plusieurs mois, visant une stabilisation et un éloignement des consommations de psychotropes pour des personnes à grande fragilité psychique ».
 - Le Centre de Traitement et de Réinsertion (CTR) au Mont-sur-Lausanne dont l’action s’oriente vers « un processus de rétablissement visant l’insertion sociale et professionnelle ».
- La Fondation Les Oliviers à Lausanne (Pontaise) et au Mont-sur-Lausanne : fournit un accueil personnalisé pour « toute personne se sentant en difficulté avec sa consommation d’alcool et/ou d’autres produits ».

Genève

- Association Argos :
 - Le Centre résidentiel à moyen terme (CRMT) à Thônex, défini comme un espace privilégiant la « non-consommation ».
 - Le Toulourenc à Troinex, centre résidentiel mettant l’accent sur la « consommation non problématique ».

Valais

- Addiction Valais :
 - La Via Gampel à Gampel qui axe son intervention sur « la réinsertion socioprofessionnelle des clients ».
 - Le Jardin des Berges à Sion qui propose « un modèle de prise en charge modulaire et adapté à chaque individu dès 17 ans et vise l’abstinence ».
 - Le foyer François-Xavier Bagnoud à Salvan dont l’action s’oriente « vers l’abstinence selon l’approche de la pédagogie par l’expérience ».

Fribourg

- La Fondation L’Épi à Ménières (siège à Payerne dans le canton de Vaud), « qui offre la possibilité à des personnes en difficulté avec l’alcool (voire polytoxicomanes), de vivre une période sans produit (abstinence) ».

- La Fondation Le Torry à Fribourg, « centre de traitement des dépendances, spécialisé en alcoologie ».
- Le Parcours Horizon à Pensier (Fondation Le Tremplin), « centre de réinsertion socioprofessionnelle pour personnes toxicodépendantes ».
- Le Radeau à Orsonnens, « centre d'accueil et de réinsertion pour personnes souffrant d'addiction ».

Neuchâtel

- Addiction Neuchâtel :
 - L'Auvent à Peseux qui « accueille des personnes souffrant d'addiction, engagées dans un processus de réinsertion ou souhaitant pouvoir le vivre ».
 - Le Devens à Saint-Aubin-Sauges qui accueille des personnes « souffrant d'une dépendance chronique à l'alcool et autres dépendances associées ».

Jura

- Addiction Jura :
 - Le centre Clos-Henri qui accueille « dans un milieu socio-éducatif et thérapeutique résidentiel des femmes et des hommes confrontés à des problèmes de dépendance ou d'abus de substance ».

Berne (Jura bernois)

- L'Envol à Tramelan, « institution spécialisée en addiction aux substances légales et illégales ».

1.2.3 Périmètre du public cible :

L'enquête compte trois principaux publics cibles qui peuvent être divisés en plusieurs domaines ou statuts (voir ci-dessous), l'idée étant d'octroyer une place équivalente à chaque groupe d'acteurs. Les sous-divisions témoignent d'une volonté de recueillir des informations diversifiées et d'en dégager des traits communs, tout en se positionnant au plus près des acteurs de terrain.

- Bénéficiaires et usagers
- Professionnels des résidentiels
 - Éducateurs
 - Directeurs
 - Travailleurs sociaux

- Responsables de secteur
- Partenaires du réseau addiction
 - Secteur ambulatoire
 - Domaine hospitalier
 - Services sociaux
 - Dispositif pénal

1.2.4 Périmètre d'investigation : état des lieux et angle d'approche

Plusieurs travaux ont été menés sur les institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse et en ont exploré certaines facettes :

- Les études de Hannes et al. (1999) et Herrmann et al. (2006) qui se centrent sur le volet du financement des traitements résidentiels et proposent une quantification des prestations à l'échelle suisse (revenus provenant des bénéficiaires et institutions, coûts moyens par « place disponible », variation des frais unitaires selon les offres spécifiques, etc.).
- L'étude de Da Cunha et al. (2010) dresse quant à elle un panorama et une typologie des différentes prestations résidentielles dans les cantons romands en analysant leurs forces et faiblesses, et en mettant l'accent sur l'articulation et intégration des offres résidentielles et ambulatoires.
- L'étude de Gehrig et al. (2012) qui aborde les mécanismes de financement en montrant que leur hétérogénéité a des répercussions sur les décisions de placement dans telle ou telle institution. En outre, les auteurs tentent de déterminer le positionnement des différents cantons par rapport à une harmonisation des mécanismes de financement.
- Le projet « Principes de pilotage en matière de prise en charge des addictions » de StremLOW et al. (2020) qui dresse une typologie de l'offre de services à l'échelle nationale tout en identifiant les besoins d'amélioration sur le plan de la coordination intercantonale.

Le parti pris de l'enquête est d'explorer également les représentations et les perceptions des divers acteurs, en postulant que ces dernières orientent sur un plan symbolique leurs décisions et leurs actions. Autrement dit, il ne s'agit pas uniquement d'évaluer des pratiques, mais de comprendre les significations qu'attribuent les acteurs à leurs pratiques (qu'elles soient professionnelles, de consommation, ou encore liées au rétablissement et à la réinsertion sociale dans le cas des usagers). L'idée étant que tout champ opérationnel, instrumental, pratique ou encore d'application s'appuie en quelque sorte sur un niveau

symbolique, ou un arrière-fond interprétatif composé de normes, valeurs, idées, croyances et représentations³.

Une attention particulière sera ainsi portée aux manières de désigner les institutions résidentielles, de les qualifier ou encore de les décrire dans les discours des différents acteurs. Le langage est en effet révélateur des manières de penser ainsi que des représentations, et il met en lumière les spécificités du résidentiel du point de vue subjectif des divers acteurs, professionnels, partenaires, ou encore bénéficiaires et usagers.

Pour ces derniers, qu'est-ce le résidentiel ? Est-ce avant tout un hébergement ? Est-ce un moyen pour parvenir à l'abstinence ? Est-ce une manière de renouer des liens sociaux ou de simplement pouvoir parler avec quelqu'un ? Est-ce une façon d'éviter un séjour en prison dans le cas des placements pénaux ? Ou au contraire une opportunité pour construire un projet de réinsertion comme alternative à la prison ? Est-ce un moyen pour se réinsérer professionnellement à moyen terme ? Ce sont autant de questions qui invitent à explorer comment les bénéficiaires perçoivent ce type d'institution et comment est-ce qu'ils en parlent, à appréhender également la manière dont d'autres acteurs, notamment provenant de la sphère de la justice, des services sociaux, ou encore les professionnels eux-mêmes, les évoquent et décrivent, au-delà des désignations administratives, telles que « traitement résidentiel en institution thérapeutique ». En effet, le véritable sens du résidentiel émerge du discours des « protagonistes », et cerner ce sens équivaut à mettre en évidence la plus-value qu'il peut avoir sur un plan individuel et collectif.

Il est intéressant de remarquer que dans le champ académique, certains auteurs, tels que Ganne (2017), soulignent que les perspectives de recherche en matière de santé et intervention sociale ont évolué vers une plus grande prise en compte de l'approche subjective, c'est-à-dire d'explorer le sens que les acteurs donnent à leurs actions ou situations qu'ils vivent : « Le discours narratif des acteurs est utilisé pour comprendre les composantes sociales d'une expérience personnelle, dégager des récurrences, des processus, des logiques d'action. Ces démarches amènent des éléments de compréhension décisifs des processus du point de vue des acteurs » (Ganne, 2017).

C'est sous cet angle privilégiant l'analyse de discours que les spécificités et apports des structures résidentielles seront analysés. Cette approche vise à compléter et enrichir les études antérieures.

³ Pour prendre un exemple à une échelle plus large, les différents rapports publiés par des organismes, tels que l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (EMCDDA), indiquent que la consommation de drogue augmente en Europe, en particulier en Suisse où la consommation de cocaïne et ecstasy est supérieure à la moyenne européenne. Il est difficile de saisir pleinement cette situation — reflétée par des faits concrets et quantifiables — sans la restituer dans un contexte, géographique, historique, économique, politique, et également socioculturel qui comporte un certain nombre de valeurs, en l'occurrence la performance, l'hyperconsommation, l'intensité ou encore l'instantanéité, qui participent à la construction d'une culture « addictogène » propice au développement de conduites addictives (Couteron, 2016).

2. Cadre méthodologique

L'approche méthodologique privilégiée pour cette étude se base sur les principes de la triangulation de méthodes quantitatives et qualitatives, leur combinaison permettant, d'une part, d'assurer un degré de validité plus élevé, et d'autre part, de dévoiler des facettes différentes d'un même phénomène. En effet, il ne s'agit pas uniquement d'une juxtaposition de techniques, mais d'appréhender un objet de recherche de points de vue divers et complémentaires (Caillaud & Flick, 2016). Les sections suivantes présentent, explicitent et justifient les méthodes et instruments de collecte et d'analyse des données.

2.1 Phase exploratoire

Une première phase exploratoire s'est déroulée sur une période de près de deux ans et a consisté en l'organisation de rencontres franco-suisse regroupant aussi bien des résidents que des professionnels du domaine des addictions pour une série de tables rondes, débats et échanges. Ainsi, la première rencontre a eu lieu à Annecy le 26 janvier 2018, la seconde à Troinex le 1^{er} octobre 2018, et la troisième à Lyon le 26 avril 2019⁴. Ces rencontres ont permis de gagner en pertinence lors de la conception de la recherche, dans le sens où elles rendent possible une récolte préalable d'informations (témoignages, idées, notions, interprétations, expériences, thématiques, problématiques, etc.) auprès d'une pluralité d'acteurs. En effet, des ateliers participatifs ont été organisés, en particulier lors de la rencontre à Lyon, afin d'inclure également les résidents et de recueillir des informations quant à leurs attentes, besoins et perceptions des institutions résidentielles sociothérapeutiques. Il s'agissait en effet d'appréhender le rôle que peut avoir ce type de structure dans un parcours de soin à partir de l'expérience des acteurs, et de dériver (ou explorer) des concepts à partir de leurs paroles et non de notions pré-supposées.

2.2 L'enquête par questionnaires

Suite à cette première phase, un groupe de travail pluridisciplinaire et interprofessionnel⁵ a été mis en place, afin de superviser et valider l'élaboration de questionnaires, ainsi que la stratégie de diffusion et de valorisation des informations recueillies. En effet, trois questionnaires en ligne ont été conçus et mis en ligne grâce au logiciel LimeSurvey. Ils s'adressent aux groupes cibles suivants :

- Bénéficiaires ou usagers : personnes qui ont bénéficié ou qui pourraient bénéficier d'une offre résidentielle.

⁴ Une dernière rencontre a eu lieu en vidéoconférence le 5 mars 2021, afin de présenter les principaux résultats et de recueillir des retours (observations, critiques, suggestions, etc.) à des fins d'amélioration.

⁵ Le groupe de travail est formé de membres du GREA et de la Fédération addiction provenant des domaines des sciences sociales, du travail social, du management de la santé et de la psychiatrie.

- Partenaires et proches : institutions des domaines sanitaire, sécuritaire ou communautaire, qui collaborent ou bénéficient du travail des résidentiels, ainsi que les proches et pairs-aidants.
- Professionnels : personnes spécialisées en addictologie travaillant au sein des institutions résidentielles.

La technique d'échantillonnage envisagée est de type non aléatoire, soit celle de l'échantillon opportuniste ou « de commodité ». En effet, l'enquête s'inscrit dans une démarche exploratoire et non probabiliste : pour des raisons pratiques et de faisabilité, la sélection et l'implication des participants ont dépendu de leur disponibilité et volonté à participer au sondage. Aussi, l'enquête par questionnaire n'a-t-elle pas pour objectif d'effectuer une inférence statistique globale sur la base d'un échantillon représentatif — au demeurant difficile à établir, particulièrement en ce qui concerne le groupe des bénéficiaires et usagers dont il faudrait connaître ou estimer la population totale ciblée — mais de dresser un premier panorama général et de déterminer des invariants au-delà des particularités régionales.

Thématiquement parlant, on retrouve quatre principaux fils conducteurs dans les trois questionnaires. Ces derniers ont toutefois été déclinés de manière différente selon les publics cibles :

- Les besoins et attentes des différents acteurs
- Les perspectives quant au rôle joué par l'institution résidentielle dans un parcours de soin
- Les représentations et perceptions des institutions résidentielles
- Les spécificités des institutions résidentielles du point de vue des acteurs

Les questionnaires ont fait l'objet d'une stratégie de diffusion auprès des trois publics cibles en Suisse romande et en France⁶. Les institutions du réseau addiction ont été mobilisées afin de : 1) envoyer le lien du questionnaire aux bénéficiaires de leur institution, aux associations d'anciens bénéficiaires (lorsqu'elles disposent de ce type d'association), et sur le Forum d'échange sur la réduction des risques, Psychoactif ; 2) de diffuser un code QR sous forme d'affiche, de flyers ou encore sur la page d'accueil du navigateur web (lorsque les structures disposent d'une borne Internet dans un espace commun) qui, une fois scanné au moyen d'un smartphone ou d'une tablette, renvoie vers le questionnaire « bénéficiaire ». En outre, elles ont également été sollicitées afin de diffuser le

⁶ Si cette stratégie a été élaborée et validée conjointement par le groupe de travail franco-suisse, sa mise en œuvre s'est toutefois déroulée séparément, c'est-à-dire l'équipe de recherche du GREA a réalisé un travail de diffusion (ciblage, prise de contact, présentation du projet, relance, suivi, etc.) du côté helvétique et la Fédération addiction du côté français.

questionnaire à l'intention des professionnels du résidentiel à leurs collaborateurs à l'interne, et de transmettre le questionnaire pour les partenaires aux différents services avec lesquels ils interagissent régulièrement (voir ci-après les différentes catégories de partenaires).

2.2.1 Questionnaire pour les bénéficiaires et usagers

Le questionnaire comporte au total 26 questions, tantôt à choix unique, tantôt à choix multiple, avec possibilité de cocher un autre choix justifiable lorsque la question le permet. Deux questions sont ouvertes. Tout d'abord, le répondant peut formuler des remarques supplémentaires concernant son expérience en institution résidentielle. En outre, il est invité à associer spontanément des mots clés au thème du résidentiel afin d'évoquer son expérience. À ce sujet, il convient de préciser que cette technique inspirée des tests associatifs en psychologie et psychanalyse permet de faire émerger des représentations sociales : la personne est amenée à exprimer des mots, désignations ou expressions qui lui viennent à l'esprit face à un terme inducteur — en l'occurrence « centre résidentiel » — ce qui contribue à cerner, non seulement l'univers sémantique et lexical des acteurs, mais également leur univers symbolique (tel que cela est détaillé dans la partie « Traitement des données et analyses »). Le fait d'inclure ce type de question ouverte répondait à une intention de contrebalancer le formatage des réponses à choix en laissant également libre cours à la pensée et imagination des acteurs.

Dans un premier temps, au-delà du pays de résidence, le questionnaire cherche à déterminer si la personne a effectué un ou plusieurs séjours dans une institution résidentielle, ainsi que les durées des séjours, ou si, au contraire, elle n'a jamais effectué de séjour dans ce type de structure. Dans ce second cas, le questionnaire est plus court et s'attache essentiellement à déterminer quels sont les obstacles et quels pourraient être les éléments facilitateurs d'un séjour en résidentiel. Si le répondant a effectué un ou plusieurs séjours, il est invité à exprimer son degré d'accord ou de désaccord avec une série de propositions portant sur les spécificités du résidentiel dans un parcours de soin (propositions issues des thématiques qui ont émergé lors de la phase de prérecherche).

2.2.2 Questionnaire pour les partenaires et proches

Le questionnaire comporte 10 questions, dont deux sont ouvertes. Une première partie vise à identifier le type de service dans lequel se situe le partenaire et dans quel pays il se trouve. Les différentes catégories de « partenaires » ont été prédéfinies sur la base des résultats obtenus lors des rencontres franco-suisse, avec une option « autre » à cocher et spécifier si besoin est. Ces catégories sont les suivantes : « Accompagnement ambulatoire addictologique », « Justice, sécurité et exécution des peines », « Services psychiatriques », « Services sociaux », « Structure de réduction des risques », « Urgences hospitalières », ainsi que « proches et pairs aidants ».

Une seconde partie vise à saisir les circonstances dans lesquelles les partenaires orientent — ou non — les personnes vers une institution résidentielle sociothérapeutique, et de comprendre les raisons sous-jacentes à leur positionnement. En outre, l'accent est mis sur la complémentarité entre les différentes structures en lien avec le réseau addiction et les institutions résidentielles, aussi les répondants sont-ils invités à donner et justifier leurs opinions à ce sujet. Ils sont également amenés à associer des mots clés au résidentiel afin de dégager leurs perceptions et représentations de ce type d'institution. La troisième partie portant sur les « caractéristiques du résidentiel » poursuit les mêmes objectifs d'identification des représentations, la différence étant qu'ils doivent exprimer leur accord ou désaccord par rapport à des propositions autour des finalités et apports des institutions résidentielles.

2.2.3 Questionnaire pour les professionnels des institutions résidentielles

Le questionnaire comporte 8 questions, donc la moitié sont des questions ouvertes. Au-delà des questions purement informatives (lieu de travail, type de public accueilli dans l'institution, etc.), les répondants ont également la possibilité d'évoquer le résidentiel sous forme de mots clés ; ils sont invités aussi à mentionner quelles sont les pratiques qu'ils jugent innovantes au sein de leur institution. Il s'agit en effet de cerner aussi bien l'évolution et les transformations des pratiques que la vision des professionnels quant à leur travail. Par ailleurs, une autre partie du questionnaire porte sur les spécificités et apports du résidentiel où les répondants doivent exprimer leur degré d'accord ou de désaccord, comme dans les questionnaires pour les autres publics cibles.

2.3 L'enquête qualitative

En partant de l'idée que l'approche méthodologique doit s'ajuster à la fois aux différents objectifs de la recherche, et à la fois à la réalité du terrain, le parti a été pris de développer également un volet qualitatif de l'enquête dans le sens où les méthodes qualitatives permettent d'obtenir des informations en profondeur et de saisir le sens que les personnes interrogées donnent à leurs pratiques⁷. L'entretien semi-directif permet, par exemple, d'identifier des opinions, attitudes, perceptions, représentations et logiques sous-jacentes aux pratiques des acteurs, soit des dimensions qui sont plus difficilement « captables » par le biais du sondage avec des questions définies au préalable.

Dans le cadre de ce volet qualitatif, une démarche critique et réflexive reposant sur l'interaction entre « chercheurs » et « cherchés » a été adoptée afin d'éviter la disjonction entre sujet et objet propre à la recherche classique fondée sur l'objectivisme, et se démarquer par là même d'un certain dogmatisme hérité du positivisme.

⁷ Ce volet qualitatif a été développé par l'équipe de recherche du GREA dans le cadre suisse romand uniquement.

En conséquence, la démarche a un caractère exploratoire et inductif : c'est à partir de l'observation répétée et minutieuse des faits, puis de leur analyse, que sont dérivées des généralisations (qui passent ensuite par un processus de recoupement, triangulation et vérification), à l'inverse de la démarche déductive où des hypothèses sont formulées et opérationnalisées a priori. En d'autres termes, il ne s'agit pas de vérifier des théories déjà existantes dans un schéma hypothético-déducteur, mais bien de tirer des enseignements à partir du travail de terrain.

Il s'agit d'une perspective méthodologique qui s'inscrit dans la continuité des travaux de Becker (2020) et plus largement de l'École dite de l'« interactionnisme symbolique » qui reprend et s'approprie les techniques ethnographiques en sociologie. La pertinence des contributions qui en découlent favorisera leur succès et reconnaissance scientifique au niveau international, si bien qu'aujourd'hui ces méthodes sont utilisées dans une multitude de champs, des études culturelles, aux sciences du management en passant par la sociologie du numérique ou encore la sociologie de la santé (Ybema et al., 2009).

Un travail de terrain a ainsi été effectué en Suisse romande avec le recours à des techniques telles que l'observation participante, la conduite d'entretiens semi-directifs, ou encore la constitution de focus groups. Ces différentes méthodes sont présentées dans les sections suivantes où leur pertinence est également discutée.

2.3.1 L'observation participante

L'observation participante, parfois considérée comme le « travail de terrain » en lui-même, s'avère un outil indispensable pour mieux appréhender, d'une part, le vécu des bénéficiaires, ainsi que les dynamiques relationnelles, et d'autre part de mieux cerner les pratiques des professionnels dans leur travail quotidien, que cela soit dans les institutions résidentielles ou dans d'autres structures, par exemple ambulatoires. Tel que le souligne la majorité des anthropologues ou sociologues familiarisés à ce type de techniques, l'immersion dans un autre contexte socioculturel, ou socioprofessionnel dans le cas présent, permet également de prendre une certaine distance par rapport à ses propres références, valeurs, notions ou encore représentations, et de porter un regard plus critique et analytique sur les pratiques étudiées.

Dans le cadre de ce projet, des visites ont été effectuées, principalement dans les centres résidentiels sociothérapeutiques, mais également dans d'autres institutions, par exemple les centres de traitement ambulatoires, les centres à bas seuil d'accès, ou encore dans le milieu hospitalier. Outre le fait d'avoir un aperçu de l'aménagement des espaces collectifs et individuels, ces visites ont permis de mener des entretiens groupaux avec le personnel,

des conversations informelles, ou encore des entretiens et focus groups avec les bénéficiaires dans certains cas⁸.

Entre le mois de juin 2019 et celui de février 2020, les institutions suivantes ont fait l'objet de visites, ainsi que d'observations et entretiens *in situ* :

- Fondation Le Tremplin : a) le Foyer Horizon, « centre de réinsertion sociale et professionnelle pour personnes en situation d'addictions (produits illégaux et légaux, addictions sans substance) et/ou en grande précarité » à Pensier (FR), juillet 2019, et b) le centre de jour « Au Seuil », « centre d'accueil à “bas seuil d'accessibilité” pour personnes en situation d'addictions et/ou en grande précarité sociale et leurs proches » à Fribourg (FR), juin 2019.
- Le Radeau, « centre d'accueil pour personnes souffrant d'addiction » à Orsonnens (FR), juin 2019.
- Zone Bleue, « centre d'accueil, d'orientation et de prévention, ouvert à toute personne concernée par la problématique de la toxicodépendance » à Yverdon (VD), juillet 2019.
- Entrée de Secours, « centre ambulatoire régional en matière d'addictions », à Morges (VD), août 2019.
- Fondation Les Oliviers, Olbis Les Ateliers, « ateliers permettant une (ré) insertion professionnelle » au Mont-sur-Lausanne (VD), août 2019.
- Radio FMR, radio communautaire de « consomm'acteurs » (réunion et entretiens dans les locaux de l'association Sport'ouvertes), à Lausanne (VD), septembre 2019.
- L'Envol, « institution spécialisée en addictions aux substances légales et illégales », à Tramelan (BE), octobre 2019.
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), unité de traitement des addictions, à Lausanne (VD), octobre 2019.
- Fondation AACTS (Addiction, Action Communautaire, Travail Social), « institution bas seuil inclusive », à Vevey (VD), janvier 2020.
- Association Argos : a) l'Entracte, « centre de jour avec accompagnement personnalisé », à Genève ; b) le centre résidentiel à moyen terme (CRMT) orienté

⁸ Il convient de préciser que la durée sur place, le nombre d'interlocuteurs et d'entretiens ont varié : par exemple dans certaines institutions, un seul entretien a été réalisé, alors que dans d'autres, l'opportunité de réaliser des entretiens groupaux avec le personnel, ainsi que des focus groups avec les bénéficiaires s'est présentée. Dans tous les cas, détailler chaque visite et entretien excéderait les limites de ce travail.

vers la « non-consommation » à Thônex, et c) le Toulourenc orienté vers la consommation non problématique à Troinex (GE), janvier 2020.

- Fondation Addiction Neuchâtel : a) site résidentiel de L'Auvent, à Peseux, et b) site résidentiel du Devens à Saint-Aubin-Sauges (NE), février 2020.
- Fondation Le Levant : a) « centre de traitement pour toxicomanes », à Lausanne, et b) La Pichollette, « centre de traitement et de réinsertion pour personnes toxicodépendantes avec fragilités psychiques et sociales » au Mont-sur-Lausanne (VD), août 2020.
- Fondation l'Épi, « institution qui offre la possibilité à des personnes en difficulté avec l'alcool (voire polytoxicomanes), de vivre une période sans produit », à Menière (VD), août 2020.
- Fondation Le Torry, « centre de traitement des dépendances, spécialisé en alcoologie » (FR), août 2020.
- Fondation Addiction Valais : a) Le Jardin de Berges, « unité résidentielle orientée vers l'abstinence » à Sion, janvier 2020, et b) La Villa Flora, « centre de jour de traitement des addictions » à Sierre (VS), septembre 2020.

2.3.2 Les entretiens semi-directifs

Après avoir rédigé des guides d'entretien pour chaque public cible (en fonction de nos différents objectifs), les interviews ont été conduits dans les diverses structures mentionnées auparavant. Une approche « compréhensive » a été privilégiée afin de rompre, tant que faire se peut, avec les rôles asymétriques de l'« interviewé » et de l'« interviewer ». En effet, il s'agit de se démarquer d'un style rappelant l'« interrogatoire » qui instaure une hiérarchie dans l'interaction, dans le sens où le répondant se conforme aux catégories de l'interviewer et attend la question suivante sans qu'il y ait forcément une réelle implication (Kaufmann, 2016). Pour ce faire, l'entretien doit se rapprocher de la conversation du point de vue du style. De ce point de vue le guide d'entretien est flexible : certains éléments thématiques sont introduits de manière directive, mais une liberté est rapidement laissée à l'interviewé, selon un principe de non-directivité. En d'autres termes, il y a tout au long de l'entretien une alternance entre directivité et non-directivité, ce qui a le mérite de créer un climat favorable à l'échange — qui s'apparenterait à une discussion — de mettre en confiance le répondant et de susciter de réponses plus profondes et sincères.

2.3.3 Les focus groups

Le focus group s'avère être un outil efficace pour récolter de nombreuses informations subjectives et ciblées, saisir des perceptions, et faire ressortir par là même des représentations sociales (Caillaud, 2010). Des focus groups avec des bénéficiaires ont ainsi été organisés dans plusieurs institutions en Suisse romande. Ils ont permis de recueillir leurs opinions, leurs attentes ou encore leurs perspectives. Grâce au travail du modérateur, les échanges et interactions groupales et conversationnelles autour d'un fil rouge — les addictions et les problèmes qui y sont associés — font ressortir aussi bien des similitudes que des différences, ou encore des convergences et divergences, dans le sens où chaque participant peut parler de ses expériences, réagir par rapport aux témoignages des autres participants ou encore contraster et faire des parallèles entre ses propres expériences et celle des autres. Il en découle une dynamique de groupe d'autant plus riche que les parcours, le type d'addiction et le type de problèmes que cela entraîne, ou encore le profil même des participants sont très divers.

2.3.4 Sélection des informateurs et échantillonnage

Le choix des informateurs s'est effectué de manière intentionnelle et non aléatoire en prenant en compte les principes de faisabilité et d'accessibilité, à l'instar des échantillons pour les questionnaires. Dans un premier temps une présélection d'informateurs a été effectuée à partir des critères : a) de catégorie socioprofessionnelle, b) de localisation géographique, c) d'exemplarité, d) de disponibilité et f) de liens et appartenance avec le réseau addiction. Ensuite, l'accent a été mis sur le réseau des premiers informateurs clés sélectionnés : la mobilisation du réseau de ces derniers a permis de sélectionner d'autres informateurs selon la technique dite « par filière » ou « en cascade » (les recrutés deviennent recruteurs).⁹

Concernant le groupe cible des professionnels, l'intention a été de chercher « l'acteur compétent », c'est-à-dire des personnes qui disposent de connaissances, compétences et expériences d'interaction avec les résidents. C'est également grâce à ces informateurs clés (et leur réseau socioprofessionnel) que les différents partenaires du réseau avec qui ils collaborent ont été identifiés, et que des groupes cibles de résidents ont été constitués ultérieurement.

Sur la base de ces critères, une série d'entretiens (individuels et collectifs), ainsi que des focus groups ont été effectués. Au-delà des noms et désignations des différentes institutions, des principes de confidentialité et d'anonymisation ont prévalu afin de dissocier la parole et les points de vue individuels des participants de leur identité.

⁹ Les différents partenaires ayant été interviewés dans le cadre des études de cas complémentaires portant sur les cantons de Genève et du Valais ne figurent pas dans la liste ci-dessous, mais sont mentionnés dans les sections spécifiques correspondant à ces études de cas.

- Groupe cible des bénéficiaires :
 - 3 focus groups auprès des bénéficiaires (L'Envol, Addiction Valais, Le Levant)
 - 3 entretiens groupaux (Addiction Neuchâtel, Radio FMR, Fondation Estérelle-Arcadie)
 - 1 conversation informelle de groupe (Entrée de Secours)
- Groupe cible des partenaires :
 - 4 entretiens groupaux :
 - 2 entretiens dans des services ambulatoires addictologiques (Addiction Valais, Entrée de Secours)
 - 1 entretien dans un centre à bas seuil (AACTS)
 - 1 entretien auprès de trois procureurs de deux cantons (FR, JU et VS)
 - 5 entretiens individuels :
 - 2 entretiens avec des collaborateurs de centres à bas seuil (Zone Bleue, l'Entracte)
 - 1 entretien avec un médecin (CHUV)
 - 1 entretien avec un clinicien (CHUV)
 - 1 entretien avec une fonctionnaire de la Justice de Paix (VD)
 - 1 entretien avec une collaboratrice d'un service de curatelles (VD)
 - 1 entretien avec un agent public de l'Office d'exécution des peines (VS)
 - 1 entretien avec un collaborateur d'un service ambulatoire addictologique (Addiction Valais)
- Groupe cible des professionnels :
 - 5 entretiens groupaux (Le Tremplin, Toulourenc, Addiction Neuchâtel — équipe de L'Auvent, et équipe du site Le Devens, Le Torry)
 - 9 entretiens individuels (Le Levant, L'Envol, Argos, Addiction Valais, Fondation Estérelle-Arcadie, Addiction Jura, Le Radeau, l'Épi)

2.4 Traitement des données

Dans cette section nous abordons le processus d'analyse des données, ainsi que ses diverses étapes, aussi bien pour ce qui est de la partie quantitative que qualitative.

2.4.1 Analyse des questionnaires

La première étape a consisté à mettre à l'écart les questionnaires incomplets, en effet, seuls les questionnaires complets ont été pris en compte pour l'analyse. Ensuite, un travail de révision et vérification de la fiabilité des réponses a été effectué, afin de : a) s'assurer que les répondants font bien partie du public cible auquel s'adresse tel ou tel questionnaire ; b) examiner s'il n'y a pas de valeurs aberrantes ou extrêmes (par exemple, « pas du tout important » ou « très important » pour toutes les réponses) ; et c) examiner le temps passé à répondre au questionnaire (un questionnaire répondu en moins d'une minute pourrait dénoter un manque d'implication et être omis).

Concernant le questionnaire pour les bénéficiaires (qui est le plus complexe étant donné qu'il y a de multiples embranchements¹⁰), la structure a été préalablement décortiquée pour une meilleure lisibilité (voir annexe). En effet, au sein de cette population cible, se trouvent plusieurs cas de figure qu'il convient d'identifier : a) les répondants qui ont effectué un séjour en résidentiel ; b) les répondants ayant réalisé plusieurs séjours ; c) ceux qui sont en train de réaliser un séjour au moment de remplir le questionnaire, et d) ceux qui n'ont pas effectué de séjour en résidentiel. Bien que toutes les variations comportent un tronc commun avec des questions semblables ou similaires¹¹, elles comprennent également des questions spécifiques visant par exemple à mettre en lumière les apports du résidentiel sur le plan du parcours personnel, dans le cas de personnes qui effectuent un séjour dans ce type d'institution, alors qu'en ce qui concerne les répondants ayant des problèmes d'addiction, mais pas d'expérience du résidentiel, il s'agit de cerner quels pourraient être les obstacles — qu'ils soient de nature sociale, institutionnelle ou encore psychosociologique (représentations, perceptions) — à un éventuel recours à cette option.

En outre, les données qualitatives liées aux questions ouvertes — soit les mots clés associés au résidentiel que l'on retrouve transversalement dans les trois questionnaires — ont été extraites et ont fait l'objet d'une analyse catégorielle, à l'instar des autres informations qualitatives qui ont été recueillies (voir sections suivantes).

¹⁰ Si par exemple le répondant coche l'option à savoir qu'il a effectué un séjour dans une institution résidentielle, certaines questions spécifiques lui sont adressées, questions qui n'apparaîtraient pas si la personne cochait l'option « non ».

¹¹ Dans certains cas, il y a des changements au niveau de la formulation de la question ou des instructions, les propositions de réponse restant les mêmes. Par exemple, les personnes qui effectuent ou ont effectué un ou plusieurs séjours en résidentiel sont amenées à exprimer leur degré d'accord avec des propositions sur la base de leurs expériences, alors que celles qui n'ont pas réalisé de séjour sont invitées à se prononcer sur des propositions — les mêmes — dans le cas hypothétique où elles effectueraient un séjour.

Ensuite, une analyse statistique des réponses quantitatives (à choix unique ou multiple) des trois questionnaires a été mise en œuvre à travers LimeSurvey ce qui a donné lieu à des représentations graphiques des différentes réponses liées aux thématiques de la recherche. Cette visualisation des données a permis à son tour d'identifier des tendances générales au niveau des représentations, attentes et besoins. En outre, les fonctionnalités du programme LimeSurvey incluent des options de filtrage qui ont servi à distinguer, notamment les différents types de répondant du public cible des bénéficiaires et usagers, comme mentionné ci-dessus, ou encore de différencier les réponses obtenues dans le contexte suisse romand de celles obtenues en France.

2.4.2 Nuages de mots clés

Le nuage de mots clés est étroitement lié au développement récent d'outils informatiques ; il offre ainsi initialement une représentation visuelle des mots clés (*tags*) les plus récurrents qui sont utilisés sur un site web donné. Cette représentation sous forme de nuage a certaines fonctions, par exemple de catégorisation ou encore de permettre au visiteur d'effectuer des recherches ciblées plus rapidement, en effet, plus un mot obtient de « clics » plus sa police d'écriture est grande.

Dans le cadre de l'enquête sur l'apport du résidentiel, il a été décidé de combiner ce mode de représentation avec la technique des tests associatifs en psychologie. Les participants ont ainsi été invités à associer spontanément des mots, désignations ou expressions qui leur viennent à l'esprit face à un thème inducteur — en l'occurrence l'« institution résidentielle » — aussi bien dans les questions ouvertes du questionnaire que lors d'entretiens.

Ainsi, les associations spontanées de mots clés et leur restitution sous forme de nuage présentent un triple apport :

- Méthodologique : à condition d'être complété par d'autres techniques, cela permet de recueillir des informations qualitatives extrêmement synthétisées dans un laps de temps très court. Par ailleurs, il a été également utile, en particulier lors de la phase finale des entretiens afin de récapituler, et dans certains cas approfondir un point de vue.
- Analytique : il permet de faire émerger des représentations sociales prédominantes ou centrales, et d'autres qui, à l'inverse, sont plus périphériques. Le fait d'appliquer cette méthode auprès de populations cibles différentes permet également de comparer les représentations prédominantes d'une population à l'autre.
- Illustratif : il permet de cerner et visualiser presque immédiatement ces représentations à travers un panorama ou vue d'ensemble facilement saisissable.

2.4.3 Analyse des entretiens et focus groups

Dans un premier temps, les informations recueillies lors des entretiens et focus groups ont fait l'objet d'une retranscription, puis d'une codification au moyen du logiciel d'analyse de données qualitatives Atlas.ti, ce qui a permis de les regrouper et catégoriser en accord avec les objectifs définis dans la problématique.

Ensuite, une analyse thématique de contenu a été opérée afin de repérer les récurrences, et également les disparités en termes de point de vue. Plus spécifiquement, une première lecture verticale de chaque entretien a été réalisée afin de dégager les grandes thématiques, ainsi que les aspects les plus pertinents, puis une deuxième lecture transversale a été effectuée, c'est-à-dire les données retranscrites ont été en quelque sorte mises en parallèle grâce au logiciel, réorganisées et classées par unité thématique.

D'une certaine manière, il s'agit de passer de la question « que dit tel informateur sur tel thème spécifique ? » à la question « comment tel thème spécifique est abordé par l'ensemble des informateurs ? ». Cela permet de faire ressortir des tendances, des traits communs, ou encore des divergences, qui font l'objet d'une interprétation critique et au sujet desquels des conclusions sont tirées.

Étant donné que le processus d'analyse et d'interprétation de données qualitatives contient forcément une part de subjectivité, les conclusions font également l'objet d'un travail de réflexion collective. Autrement dit, elles sont également le fruit de dialogues, concertations et regards croisés.

2.5 Limites de l'étude

Comme toute enquête, celle-ci comporte un certain nombre de limites, au-delà de son strict périmètre. Ces limites sont ici passées en revue, ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atténuer, voire les résoudre.

- Les focus groups ont été réalisés au sein des institutions ; les résidents étaient en train d'effectuer leur séjour et dans une dynamique positive ce qui pourrait influencer sur leurs réponses et perspectives.
 - Ces focus groups ont eu lieu en aparté, c'est-à-dire sans la présence du personnel ou des cadres de l'institution qui pourrait avoir un effet inhibiteur ou influencer les interventions.
 - Des entretiens complémentaires ont été réalisés avec des usagers en dehors de ces structures afin de recueillir également d'autres perspectives.
- Une partie des entretiens s'adressaient à des professionnels qui étaient amenés à parler et à décrire les pratiques de leur propre champ professionnel ; il pourrait y avoir un phénomène d'autocomplaisance, c'est-à-dire d'attribuer la causalité de leurs

réussites à la qualité de leurs pratiques, et les éventuelles déconvenues à des facteurs externes.

- Le recul et la distance critique varient considérablement d'un individu à l'autre, aussi est-il important de ne pas se cantonner à interviewer un nombre réduit de participants. Dans le cas de cette enquête, des professionnels de la plupart des structures romandes ont été interviewés ; par ailleurs, différentes dynamiques d'entretien ont été implémentées, soit des entretiens individuels, mais aussi des entretiens collectifs qui ont le mérite de stimuler l'échange et de mettre en contraste des points de vue individuels.
 - Un nombre significatif d'entretiens ont été réalisés auprès d'autres acteurs des différents réseaux sociosanitaires cantonaux, ce qui a permis de recueillir une diversité de perspectives, soit des professionnels bas seuil et de l'ambulatoire dans le domaine des addictions, ainsi que des professionnels de la justice et des services sociaux).
 - Une des intentions méthodologiques est de chercher des participants qui disposent d'informations et connaissances approfondies, ainsi que d'un degré d'expertise. Cela comporte certes des inconvénients — un éventuel manque de distance critique par rapport aux propres activités, ou un manque de neutralité — mais permet également de gagner en finesse et profondeur dans la compréhension des phénomènes étudiés.
- Le caractère qualitatif de l'enquête pourrait conduire à des biais interprétatifs, en effet le processus d'analyse et interprétation contient forcément une part de subjectivité.
- La recherche comporte une dimension collaborative, c'est-à-dire les différentes phases, méthodes et processus sont systématiquement discutés collectivement. L'échange de points de vue garantit davantage d'exhaustivité lors de l'analyse.
 - Les résultats ont fait l'objet de présentations, par exemple lors des rencontres franco-suisse, ce qui permet de recueillir des retours (observations, critiques, suggestions) à des fins d'amélioration.
 - Plusieurs techniques de recherche ont été mobilisées, par exemple qualitatives, tel que l'observation participante et les entretiens, et quantitatives à travers des questionnaires. Les données recueillies demandent différents types d'analyse qui sont complémentaires et limitent en partie le caractère subjectif de l'interprétation.
 - Les chercheurs et collaborateurs ayant participé à l'enquête sont qualifiés et formés dans le respect de principes à la fois académiques et éthiques, tels que la neutralité axiologique, la recherche d'objectivité et la pensée critique.
- Les institutions résidentielles suisses romandes et plusieurs acteurs qui y sont liés (AVOP, CRIAD, GREA) ont participé au financement de cette enquête, et font

partie du groupe de pilotage du projet, ce qui pourrait conduire à un biais de financement : les résultats pourraient refléter les intérêts des financeurs.

- Les sources de financement sont diverses et ne proviennent pas uniquement d'acteurs liés aux institutions résidentielles.
- Une partie significative du financement provient des ressources internes du GREA qui est une « association interprofessionnelle citoyenne », c'est-à-dire où sont représentés de nombreux acteurs et citoyens provenant de divers milieux (action sociale, hospitalier, enseignement, entre autres).
- Les résultats de l'étude ont fait l'objet de plusieurs évaluations auprès de publics externes.

3. Les spécificités du résidentiel du point de vue des bénéficiaires

Avant d'examiner les différents apports du résidentiel pour les bénéficiaires du point de vue individuel, il convient au préalable d'effectuer quelques remarques concernant les discours et représentations de ce public cible.

En premier lieu, il faut prendre en compte que les discours révèlent dans certains cas des conceptions quelque peu idéalisées du résidentiel : ce dernier est par exemple perçu comme une « clé » ou encore comme une « solution » ; son côté « salvateur » a été mis en avant, tout comme le fait qu'il constitue un moyen pour « réussir sa vie ». Autrement dit, même s'il est occasionnellement question de « frustration », de « tensions » ou encore de « souffrance », ce type de structure est globalement appréhendée de manière très positive.

On peut ainsi parfois discerner dans les propos des bénéficiaires une somme considérable d'espoir placé dans le résidentiel, peut-être trop dans certains cas selon certains professionnels (travaillant aussi bien en résidentiel que dans d'autres structures addiction) qui rappellent qu'il existe une sorte de « pensée magique », certaines « croyances », voire également des « illusions ». Cela pourrait se devoir au fait que dans l'esprit de certains bénéficiaires le résidentiel n'est pas perçu comme un moyen — pour atteindre des objectifs, réaliser tel ou tel projet, ou parvenir à une solution — mais comme la solution elle-même en tant que telle. Dans cette optique, il conviendrait de sensibiliser davantage les personnes sur ces aspects, afin d'atténuer également le décalage qu'il peut y avoir à la sortie de l'institution (ces questions seront abordées dans les sections 6.2 et 6.3 du rapport).

Par ailleurs, il faut aussi considérer le fait que les bénéficiaires s'approprient le langage des professionnels. Dans cette optique, la manière de désigner l'institution résidentielle fait parfois écho au parler des professionnels. La « boîte à outils » constitue un exemple : il s'agit d'une figure qui a été utilisée plusieurs fois par des professionnels pour métaphoriser les prestations résidentielles, et que l'on retrouve parfois dans les discours des bénéficiaires.

Il ne s'agit pas de discuter ou interroger la justesse de cette conception ou représentation — cette dernière n'étant en soi ni bonne ni mauvaise — mais de signaler que les représentations peuvent être influencées par les différentes conceptions, ou encore paradigmes dans lequel s'inscrivent les professionnels.

Dans tous les cas, il faut également voir derrière cette réappropriation de termes ou expression de la part des bénéficiaires une manière devenir ou redevenir le sujet du discours, comme le traduit cette affirmation d'un résident : *« j'ai des outils à disposition pour m'en sortir »*.

3.1 L'effet structurant du résidentiel

L'accompagnement résidentiel a un effet structurant sous plusieurs aspects face à des situations d'instabilité et de déséquilibre, tel que cela ressort aussi bien dans l'analyse de contenu que celle textuelle, les mots clés « cadre » ou « encadrement » étant spécialement récurrents. Ce processus de restructuration qui a lieu pendant le séjour comprend plusieurs dimensions.

3.1.1 Instauration d'un rythme de vie

Dans l'optique des bénéficiaires, la question du rapport au temps et du rythme de vie est fondamentale. Il s'agit de dimensions qui sont ressorties de manière récurrente des informations recueillies, aussi bien dans les mots clés associés au thème du résidentiel dans les questionnaires que dans les propos de cette population cible lors des entretiens et focus groups.

Même s'il s'agit d'aspects qui de prime abord peuvent paraître banals, tant ils sont quotidiens, répétitifs et effectués communément de manière cadencée et automatique, le fait de « se lever le matin », de « prendre des repas à une heure fixe », ou encore « de se coucher à une heure précise » apparaissent comme des traits déterminants lors d'un séjour en résidentiel. Un bénéficiaire associe par exemple le résidentiel avec *« le fait de se lever le matin pour aller à l'atelier. Cela faisait un moment que je ne me levais plus le matin, en fait je ne dormais même pas. Quant à aller faire quelque chose, cela faisait un moment que je ne le faisais plus. Après, ici on a quand même un rythme de vie qui est sain »*.

Au-delà du contenu des entretiens, les analyses textuelles qui ont été réalisées mettent en lumière un important champ lexical lié au temps, à l'image des exemples suivants :

Tels que le « moment », le « temps », la « semaine » ou encore l'« année », il y a de nombreux repérages temporels dans les propos des bénéficiaires¹². L'accent qui est mis spontanément sur ces temporalités se doit précisément au fait qu'elles ont été bouleversées : avant le séjour en résidentiel, pour un nombre significatif de personnes, en particulier les populations les plus précarisées, le quotidien est essentiellement rythmé par la recherche de produits, ainsi que les moyens pour y parvenir (notamment réunir l'argent nécessaire, ou encore trouver un vendeur). Il semble difficile pour les personnes de se projeter au-delà d'une journée.

Ces dimensions se reflètent dans le témoignage d'un bénéficiaire qui évoque la relation avec sa mère et son quotidien : *« Elle me disait, il y a peut-être trois ou quatre ans : “bon, ça va maintenant, tu t'es bien amusé, maintenant t'arrêtes”, et puis je lui expliquais que, déjà même avec l'héroïne, la cocaïne, les médocs et l'alcool, le matin quand je me réveillais en manque et que je n'avais pas une tunc en poche, que je suis obligé d'aller voler des Playstations à Manor, et ensuite d'aller choper, enfin tout cela, et puis que je prends des risques d'aller en taule, enfin voilà, c'est des délits mineurs, mais voilà, ça c'est pas une vie, et puis je ne m'amuse pas en le faisant. Ce n'est pas un amusement. Et puis là encore, c'est les proches, c'est ma mère, mais les gens en général ils ne sont pas vraiment au courant de ce qu'on peut ressentir quand déjà on est dans le produit, et puis de quoi on a besoin et comment on se bat. »*

De ce point de vue, on peut considérer le séjour en résidentiel comme une possibilité de réapprentissage du rapport au temps, rapport au temps qui a été bouleversé par une consommation devenue problématique. En effet, indépendamment du sommeil et de l'alimentation à des heures fixes, le séjour est marqué par toute une série d'activités qui jalonnent le quotidien — rangement de son espace, soins d'hygiène, entre autres — ainsi que le cadre hebdomadaire, par exemple les activités d'intendance et de nettoyage qui sont plutôt d'ordre communautaire, ou encore les diverses activités proposées par les différentes institutions, qu'elles soient de caractère occupationnel ou visant à une réinsertion socioprofessionnelle (ateliers, groupes de parole, art thérapie, etc.). Un résident le manifeste d'ailleurs explicitement et de manière concise en affirmant : *« On fait des choses pour se réhabituer à un rythme de vie pour la suite. »*

À ce titre, certaines activités telles que le jardinage — que l'on retrouve dans la plupart des institutions — sont particulièrement bénéfiques pour les résidents dans le sens où cela les incite à interroger, voire à modifier leurs relations avec le temps. Cela encourage la concrétisation d'une activité dans la durée, en suivant le rythme naturel des saisons, et sans qu'il n'y ait de résultats immédiats.

Autrement dit, cela permet de réapprendre, d'acquérir, ou encore d'exercer la patience qui est une ressource qui s'est affaiblie avec l'addiction : il y a en effet derrière la dépendance

¹² Il est intéressant de remarquer que le terme « chose » occupe également une place prépondérante dans le nuage de mots. Cela se doit à l'usage de la langue et à l'emploi récurrent du terme « chose », et cela souligne également de manière plus large la difficulté à mettre des mots sur des expériences, à l'instar d'un bénéficiaire qui affirme que « quelque chose s'est passé » dans sa vie et l'a déstabilisé ou d'un professionnel qui souligne que la sortie du résidentiel est « quelque chose de complexe ».

une recherche d'instantanéité, d'immédiateté, ou encore de facilité, comme le traduit le témoignage de la personne qui évoque auparavant une journée typique depuis son réveil.

Plusieurs résidents ont d'ailleurs exprimé le fait qu'ils pensaient en premier lieu faire un bref séjour de deux ou trois mois et que leur idée initiale s'était rapidement effacée — suite aux premières semaines passées dans l'institution — devant la prise de conscience qu'« il y avait beaucoup à faire ». Cela reflète un changement dans la perception du temps : l'horizon temporel marqué par le court terme s'élargit progressivement vers une réappropriation et meilleure maîtrise des temps longs.

Par conséquent et à condition qu'il y ait une transition progressive, comme le font remarquer plusieurs professionnels — c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de passage abrupt vers un cadre plus rigide et règlementé avec des horaires bien définis, mais une phase transitoire d'adaptation — l'institution résidentielle peut remplir une fonction de structuration du quotidien, en permettant notamment de stimuler la persévérance, de hiérarchiser les activités par ordre de priorité, ou encore et de retrouver une capacité à se projeter au-delà de la satisfaction immédiate liée à la consommation de tel ou tel produit.

Cette meilleure gestion du court terme, rendue possible grâce à l'encadrement continu des professionnels, constitue une première phase pouvant mener, selon les cas et avec le concours d'autres intervenants sociaux, par exemple les assistants sociaux et curateurs, à une meilleure gestion d'activités s'inscrivant dans des temporalités plus longues, par exemple mieux gérer son courrier postal, réaliser des démarches administratives, ou encore faire sa déclaration d'impôts. À titre d'exemple, une bénéficiaire signale à ce sujet qu'après plusieurs années qu'elle évoque en termes de « dépression grave », de « panique » et de « fortes consommations », durant lesquelles elle n'a pas « ouvert une enveloppe » et ne voulait « pas entendre parler d'administratif », le séjour en résidentiel lui permet d'avoir de nouveau un suivi de son courrier, ce qui était à un moment donné une source d'angoisse et d'anxiété, sans pour autant qu'elle puisse l'administrer.

3.1.2 Organisation de l'espace de vie

Outre le thème du temps, il a été également question de l'espace, soit de l'organisation ou du désordre dans la sphère privée, certains bénéficiaires ayant manifesté que leur appartement était « un désastre » avant leur entrée en résidentiel, ce qui a été aussi mentionné par des professionnels, et se doit au fait que les activités de nettoyage, de rangement et entretiens divers n'occupent pas un rang élevé dans l'échelle des priorités en situation d'addiction.

À cet égard, il est vraisemblable qu'à l'instar d'une meilleure gestion du temps, le séjour en résidentiel favorise également, selon les cas, une meilleure organisation de l'espace personnel, de l'espace partagé avec un autre résident (lorsqu'il s'agit d'une chambre commune), ou encore des espaces communautaires de l'institution que les résidents sont amenés à entretenir, ranger ou accommoder (séjour, salle à manger, jardin, ateliers, etc.)

Comme dans le cas de la gestion du court terme, cette organisation de l'espace dont le bénéficiaire dispose au sein de l'institution et qu'il s'approprie durant son séjour peut constituer un premier pas vers une meilleure gestion de l'espace privé à la sortie du résidentiel (lorsque la personne a pu conserver son appartement, si elle est parvenue à trouver un nouveau logement, ou encore la chambre dans l'espace familial, par exemple).

3.1.3 Impact bénéfique sur la santé

La santé est un thème qui a émergé lors de la plupart des entretiens et focus groups avec les bénéficiaires, non pas qu'il ait été tellement question de problèmes de santé spécifiques, mais dans un sens plutôt général où la santé s'apparente davantage au fait de « retrouver de bonnes habitudes », et de se « sentir bien » ou de « se sentir mieux ».

Même si certains interviewés ont évoqué ponctuellement des difficultés du point de vue de la santé, cette dernière s'apparente plutôt, dans leurs discours, au retour à une certaine régularité dans les habitudes de sommeil et d'alimentation, ainsi qu'à une meilleure hygiène de vie, ce qui fait écho au processus de structuration évoqué dans les sections précédentes.

Cela se reflète dans le témoignage suivant : *« En étant ici, on reprend le sommeil par exemple, parce que quand je consommais je dormais peu et dans un vieux canapé, et là on reprend des habitudes de sommeil plus saines, et par rapport à quand je consommais, la drogue, ça fait perdre pas mal de poids, on ne bouge plus, on a le corps qui lâche aussi, et là on récupère, dans tous les cas c'est positif aussi. »*

Parfois la santé est aussi assimilée à l'absence de stress et de pression, qu'elle soit d'ordre social, professionnel et familial, c'est-à-dire à davantage de sérénité d'un point de vue psychologique. Plusieurs participants ont évoqué de l'angoisse et l'anxiété liées au milieu professionnel, tel que cela sera abordé plus en détail par la suite (voir 2^e sous-point, section 3.4). Un autre interviewé a aussi mis en avant le fait qu'en Suisse *« on a une vie qui est de bosser, payer, bosser, payer »*. En l'occurrence, la personne en question aborde également les difficultés financières auxquelles ils doivent faire face avec sa conjointe (perte de l'emploi de cette dernière, pas de droit aux indemnités chômage dans son cas) qui semble liée de façon assez directe avec sa problématique d'addiction, ainsi que la vente de produits illicites.

Il est intéressant de remarquer que les perspectives des bénéficiaires s'inscrivent ou coïncident avec certains principes et définitions, en commençant par ceux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la santé dans sa constitution comme un état de bien-être physique, mental et social en soulignant qu'elle ne correspond pas seulement à une absence de maladie ou infirmité (OMS, 2021).

Par ailleurs, un nombre significatif de rapports et études signalent que la santé équivaut surtout à des habitudes de vie saine (nutrition, sommeil, occupation, activités physiques). Celles-ci ont des impacts positifs pour l'ensemble de la population (des enfants aux personnes âgées) et par rapport à différentes problématiques, que cela soit du domaine de

la santé somatique (diabète, problèmes cardio-vasculaires, surpoids, etc.) ou celui de la santé mentale (trouble bipolaire, dépression entre autres). À l'inverse, leur manque ou absence représente de lourdes conséquences pour la santé publique (Poirot & Schröder, 2016).

Dans cette optique, un séjour en résidentiel empêche, tout du moins momentanément, une détérioration des habitudes de vie, et selon les situations une fragilisation de la santé mentale ; cela rejoint les préoccupations des partenaires du réseau sociosanitaire romand pour qui le résidentiel a un rôle clé à jouer dans des situations de crise et dégradation physique, psychique, mais également sociale.

3.2 Acquisition de compétences professionnelles

Globalement, la plupart des institutions mettent en œuvre des actions visant à développer la « capacité » et l'« employabilité » des bénéficiaires en vue d'une réinsertion professionnelle. Il y a d'une part des services, tels que des évaluations, les bilans de compétences, ou encore des orientations professionnelles, et d'autre part un volet plus pratique qui consiste en des ateliers de formations animés par des maîtres ou maîtresses socioprofessionnels, par exemple, liés à l'entretien des espaces verts, et le travail du bois (menuiserie, ébénisterie), ou de manière plus spécifique dans certaines institutions, l'apiculture, la boulangerie, la restauration, ou encore la décoration.

3.3 Vers une plus grande autonomie

Étroitement liée avec la patience, la persévérance ou encore la capacité à gérer le quotidien dans son expression temporelle et spatiale, le séjour en résidentiel permet d'acquérir d'autres ressources telles que présentées et illustrées par la suite :

- **Un renforcement de la confiance** : cette dimension va de pair avec l'acquisition progressive de responsabilités au sein de l'institution à travers les tâches confiées, en particulier celles qui concernent le groupe dans son entier et qui sont sujettes à des permutations périodiques. Autrement dit, la distribution des rôles et tâches selon un principe de subsidiarité, ainsi que la collaboration horizontale qui s'instaure entre les résidents, permet de « contribuer au fonctionnement global », pour reprendre les termes d'un bénéficiaire, ce qui a également d'autres impacts positifs sur le bien-être psychique, comme le reflètent ces propos d'un résident : « *Les tâches que l'on a à faire m'ont aidé à me redonner confiance en moi ; cela permet de remarquer la tête haute. À travers les agissements des autres et du personnel, ça redonne une place, c'était pas la même chose dans mon appartement.* » Il y a ainsi une revalorisation des rôles que la personne peut jouer au sein de l'institution.
- **Une émancipation par rapport au regard des autres** : il s'agit d'un thème récurrent, plusieurs bénéficiaires ayant exprimé que le regard et les jugements

supposés d'autrui génèrent tantôt de la crainte, tantôt de l'anxiété, ou encore du stress, qui débouchent parfois sur des stratégies d'évitement (repli sur soi, enfermement). Il s'agit d'autant d'éléments qui sont petit à petit interrogés durant le séjour en résidentiel. En effet, plusieurs bénéficiaires ont expliqué lors de focus groups que le cadre résidentiel, ainsi que l'interaction avec les éducateurs et les autres résidents, leur ont permis de prendre du recul par rapport à l'image qu'ils renvoient ou croient renvoyer à tout un chacun. Comme l'indique un résident : « *Au début, quand je sortais, je me posais toujours la question de ce que pensent les gens, s'ils pensent que je suis un bon à rien, un alcoolique, cette question revenait tout le temps. Ça a été important pendant longtemps, mais maintenant si on me pose des questions, je réponds, et si la personne rit sous cape, je m'en fous.* » De ce point de vue, on peut envisager le séjour en résidentiel comme une possibilité de réaliser un travail sur soi et de se démarquer de désignations — par exemple « bon à rien » — qui ont été intériorisées et inconsciemment acceptées. Autrement dit, le séjour, dans sa dimension interactive, sociale, et y compris didactique, favorise un déconditionnement du regard, non pas tant des autres, mais que l'on porte sur soi-même, ce qui exerce une influence éminemment bénéfique en termes d'estime de soi, à l'instar des activités qui redonnent une certaine confiance en soi.

- **La mobilisation de ressources** et nouvelles opportunités en termes de capacités : de se projeter dans l'avenir, concevoir des projets, déterminer des priorités, émettre des jugements, affirmer ses choix, les assumer et en envisager les conséquences, etc., en définitive de gagner en autonomie ou d'être « entrepreneur de sa propre vie » pour reprendre l'expression d'un usager.

3.4 Sentiment de sécurité

Il y a plusieurs acceptations ou idées de la « sécurité » lorsque l'on se penche sur les propos des bénéficiaires. Le thème est fréquemment associé à une prise de distance par rapport à plusieurs aspects, sans pour autant que l'un en exclue un autre. En fait, le plus souvent, ces raisons se superposent et s'additionnent :

- **Une distanciation par rapport aux produits**, qu'ils soient légaux ou non, grâce à un cadre qui instaure une certaine discipline, comme cela ressort, par exemple, dans les propos d'un résident : « *Sans le résidentiel, jamais, cela ne fonctionne pas, j'en suis persuadé. Sans avoir un cadre, quelque chose de plus strict quelque part, de plus sécurisé, c'est impossible. Seuls chez nous, enfin, seul chez moi, jamais, non. Je suis convaincu. Et j'en ai fait des séjours, hospitalisé, impossible sans avoir un cadre, quelque chose, non, pour moi c'est impossible. L'alcool, c'est tellement accessible partout, tout le temps... Non, pour moi s'il y avait pas de résidentiel je pense que je serais peut-être déjà mort.* »
- **Une distanciation par rapport à un contexte professionnel éprouvant**. En effet, plusieurs personnes qui avaient un emploi avant l'entrée en institution ont manifesté le fait qu'ils avaient besoin d'un « break » pour des raisons qui varient.

Pour une personne, par exemple, le cadre professionnel était indissociable de la consommation de produits ; nombre de ses collègues consommaient, aussi a-t-il voulu se distancier de ce cadre pour arrêter de consommer et envisager une reconversion professionnelle. En outre il évoque les « exigences » du travail et de la famille. Pour un autre résident, c'est davantage une situation de stress et *burnout*, conjuguée à la consommation de produit, qui l'a amené à faire un séjour en résidentiel. Il a été orienté par un centre d'indication du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi en Addictologie (DCISA). Voici son témoignage : « *Cela fait quand même 35 ans que je suis infirmier de base. J'ai travaillé à 100 % et j'ai fait plusieurs burn-out successifs, et après ma période de chômage j'ai décidé d'arrêter la profession simplement parce que je connaissais un petit peu tout ce qui était surcharge de travail au niveau social et infirmier. Je pense que vous imaginez un petit peu ce que cela peut représenter... Mais je fais un lien quand même avec le milieu socio-éducatif ici ; c'est un domaine que je connaissais peu, ou pas du tout, l'alcool et les addictions à l'alcool ont été carrément présentes toute ma vie, elles m'ont accompagné jusqu'à la fin, on va dire : jusqu'à mon entrée ici, donc en mars 2019 (...) mon but n'était pas forcément de retrouver un lieu de travail, c'était surtout justement de lâcher prise par rapport au fait de reprendre le travail. C'est personnel, j'avais une autre idée que j'avais travaillé pendant 35 ans vraiment à 100 % avec une vie de famille pas forcément facile, et j'ai trouvé vraiment un bien-être complet dès le début de mon arrivée ici, simplement par le coaching des éducateurs, et tout ce que représente le soutien des résidents entre eux.* »

- **Une distanciation par rapport aux lieux liés à la consommation.** Il s'agit parfois de lieux de rencontres (rue, squats, bars, gare, parcs, etc.), mais surtout du « chez-soi » ou de l'« appartement », tel que cela est déjà ressorti dans certains témoignages antérieurs où les personnes différencient immédiatement et spontanément le cadre résidentiel avec celui du lieu de vie qui est associé à une consommation excessive et problématique.
- **Une distanciation par rapport au réseau social lié à la consommation** ou au deal. Les bénéficiaires s'y réfèrent parfois en termes de « zone », de « milieu » ou de « rue ». Bien que ces termes fassent davantage référence à des espaces géographiques, il s'agit toutefois bien d'une rupture avec « les relations de défonce », « les acolytes de beuveries », ainsi que les relations liées au deal. L'un des participants d'un focus group explique par exemple qu'il « aime le crystal meth » (méthamphétamines sous forme de cristaux) et que son cercle social est entièrement lié à ce produit. Un autre, alors qu'il lui est demandé de spécifier ce qu'il entend par « cadre sécurisé » et « lieu de protection », répond que cela permet « *d'aller se confier, d'aller parler avec un éducateur qui vous suit, ou de parler avec quelqu'un qui vit les mêmes choses que vous, dans la chambre d'à côté par exemple, ce qu'il n'y a pas quand on est dans la rue en train de faire du deal. Quand vous faites du deal, vous allez vous aider pour faire du deal, là on n'est plus dans la même dynamique.* »

- **Une mise à l’abri face à des violences qu’elles soient physiques, verbales ou encore psychologiques** (stigmatisation, mépris, indifférence, etc.) pour les populations les plus précarisées qui sont vivent entre les foyers d’hébergement d’urgence, l’espace public, le squat, ou encore les solutions temporaires, telles que l’appartement d’un autre usager. Il faut prendre en compte qu’au sein de ce type de populations en situation précaire, il existe différents degrés de vulnérabilité. Même s’il s’agit d’un cas relativement isolé et pas forcément représentatif de la population des centres résidentiels (majoritairement masculine), lorsqu’il lui est demandé quel est l’aspect le plus important du résidentiel, une jeune femme explique que l’essentiel pour elle est la sécurité ; en effet elle vivait dans un squat, *« une grande maison, j’avais toujours peur, il y avait des gens qui venaient et tout. Je ne me sentais pas du tout en sécurité, tandis que là... »*. Dans ce cas, on se rapproche de potentielles menaces à l’intégrité physique, et y compris d’une violence qui pourrait être également d’ordre sexuel.
- **Un espace plus sécurisé en comparaison au milieu carcéral**, dans le sens où la prison est considérée par les personnes ayant été incarcérées (qui sont en « traitement institutionnel » en résidentiel en vertu de l’article 60 du Code pénal), comme un cadre à risque en ce qui concerne la consommation de produits. Une bénéficiaire fait ainsi remarquer lors d’un focus group qu’elle préfère *« prendre le risque de faire plus long ici [dans l’institution résidentielle] que la peine en prison »* en ajoutant *« ce que je me disais, c’est qu’en prison je risque de reprendre tout ce que je peux prendre »*. Lors d’un entretien groupal, un résident évoque aussi le fait qu’il a été condamné *« à une petite peine »*, mais qu’il préfère *« faire la thérapie, mettre du temps et puis repartir sur de bons rails »* dans sa vie ; en outre il souligne par rapport à la prison qu’*« on ne fait pas de travail sur soi-même au niveau de la consommation (...) et ça consomme beaucoup de médocs. C’est ça qu’ils donnent beaucoup et puis on peut trouver du hash ou comme ça. On va trouver aussi du crystal, mais c’est pas tellement les produits où on prend un bon trip d’être enfermé et de fumer du crystal. On va trouver plutôt des gens qui se pètent avec des trucs qui cassent quoi, comme le haschich ou bien des médicaments. Enfin, la prison c’est autre chose. »*

3.5 Importance et rôle pacificateur du groupe

D’après les informations recueillies, même s’il y a au départ des réticences ou réserves par rapport à la vie en communauté et l’interaction avec les autres résidents, la plupart des personnes ont souligné l’importance du groupe, non seulement lors d’activités collectives ou de groupes de parole, mais à travers les interactions quotidiennes qui ont lieu pendant le séjour dans la durée. Au-delà des entretiens et focus groups, il s’agit également d’une dimension prépondérante qui est ressortie aussi bien dans les questionnaires que dans les mots clés associés au résidentiel.

L'analyse de contenu révèle que le fait de vivre ensemble sous un même toit favorise un (ré) apprentissage : écouter l'autre, partager, attendre son tour, respecter les affaires d'autrui ou encore suivre les règles de l'institution.

Bien que la cohabitation entre résidents ne soit pas exempte de conflits et tensions, elle constitue également une opportunité pour travailler, à travers l'accompagnement des éducateurs, sur la gestion de la frustration, du stress et d'un meilleur contrôle de ses émotions. La dynamique de groupe est ainsi perçue à la fois comme une forme de contrainte, mais également comme bénéfique, tel que le reflète ce témoignage d'un résident qui définit à sa manière le résidentiel :

« Pour moi c'est un microcosme de la société, en fait on transpose juste en résidentiel ce qu'on a à l'extérieur, un qui nous embête, un qui nous agace, ce sont toutes des émotions auxquelles on sera confrontés à l'extérieur. Or, ici, l'avantage c'est peut-être qu'on a des éducateurs pour désamorcer, chose qu'à l'extérieur, on va être seul confronté à ses émotions. C'est pour ça aussi qu'il y a une équipe éducative, parce que moi, j'ai l'impression un peu d'être en réapprentissage émotionnel, de me dire, voilà, à l'extérieur on peut tomber sur des gens qui nous plaisent et avec qui on s'entend, et puis d'autres avec qui ça va pas, comme ici. Bon, après à l'extérieur, c'est vrai que la personne avec qui je ne vais pas m'entendre, je vais juste prendre de l'écart avec ; ici on ne peut pas trop prendre d'écart, du coup, du coup faut quand même apprendre à vivre avec. »

Outre ces éléments — le groupe en tant que vecteur d'apprentissage — les bénéficiaires ont l'opportunité de confronter leurs problèmes, leurs difficultés, ou encore leurs idées à travers le groupe et la cohabitation. Des occasions se présentent également pour partager des expériences, connaissances, émotions, doutes ou encore intérêts, ce qui permet aux personnes de se détacher de la singularité de leurs expériences, et d'examiner les points communs et divergences par rapport aux trajectoires des autres intégrant. Comme l'affirme une résidente : *« On a tous des histoires différentes, mais on trouve toujours aussi quelque part certains parallèles. »*

Ainsi le groupe peut devenir un vecteur d'éducation interpersonnelle grâce à des échanges générateurs d'autosupport. On retrouve ce thème des effets bénéfiques du partage à travers les propos d'un bénéficiaire qui revient sur son vécu en résidentiel :

« On a tous un point commun, c'est ce souci avec une addiction, et c'est vrai, moi j'ai le souvenir que le jour où je suis sorti de prison et qu'on m'a transféré, je me rappelle de mon premier soir où jusqu'à 22 h 30 - 23 h, on était en bas, quasiment tous ensemble en train de discuter et puis partager. Et c'est vrai que c'est des choses où tout de suite — en tous cas, après, pour d'autres personnes, ça peut prendre plus de temps — mais pour moi, tout de suite je me suis mis dans le bain, dans le sens où j'ai cassé... Il n'y a pas de tabous, il n'y a pas de gêne de parler de notre problématique, parce qu'on a tous des problèmes, et du coup, ça casse tout de suite tous les tabous qu'il pourrait y avoir, et c'est vrai que ça a du bénéfice aussi d'échanger, que cela soit pour avoir un avis autre, pour avoir des conseils, pour juste partager pour des fois se remonter le moral aussi, pour déconner, enfin, vraiment pour beaucoup de choses c'est bénéfique. »

Cela peut concerner l'addiction en soi comme l'illustre ce propos d'un bénéficiaire : « *le résidentiel a permis, je dirais la première année, à faire un travail sur moi, à comprendre les sources, à comprendre ce qui peut me mettre en danger, à comprendre comment je suis tombé dans cette addiction.* »

En outre, dans certains cas, les résidents sont en mesure d'identifier des problématiques indirectement liées aux phénomènes de dépendance et addiction, voire même enfouies et antérieures à ces dernières. À nouveau, ce sont les interactions sur une période prolongée, d'une part avec les pairs et d'autre part avec l'équipe socio-éducative, qui rendent possible cette identification.

Cela se reflète à travers les parcours de deux personnes interviewées, T. et J. qui affirment par exemple avoir eu des relations mitigées, voire mauvaises, avec leurs psychiatres respectifs, dans le sens où ils ne sont pas parvenus « à travailler sur leurs blessures » pour reprendre l'expression de l'une de ces personnes. Indépendamment des compétences professionnelles des psychiatres, ou encore de l'état d'esprit et des dispositions des mêmes bénéficiaires, il semblerait, au vu de leurs expériences, que des sessions ponctuelles auprès d'un psychiatre, même si elles ont été régulières, ont moins donné de résultats que dans un contexte où il y a un suivi quotidien sur le moyen et long terme. En effet, ce qui ressort clairement de multiples entretiens est que des séjours relativement longs permettent, avec l'accompagnement des professionnels, que la personne identifie « ses blessures » et surtout ce qui les a causées.

Dans le cas de T. qui fait face à des problèmes de dysmorphie et de cyclothymie, ces problèmes n'ont pas été repérés pendant plus de dix ans, ni dans le cadre familial, ni par d'autres intervenants sociaux, et ils ont vraisemblablement constitué un facteur de renfermement, d'isolement et de consommation problématique. « *Moi pendant des années j'étais seul dans mon coin. De 2002 à 2012 quand j'ai vécu cette dysmorphie : il n'y avait plus de relation avec la famille et on ne se comprenait pas du tout ; je ne leur ai jamais expliqué ce que je vivais, et eux pensaient que je ne voulais simplement rien faire (...). Socialement parlant je n'étais plus rien, j'étais vraiment coupé* ». Le fait d'avoir pu identifier des troubles psychiques et d'avoir pu les mettre en lien avec les modes de consommation grâce à un suivi quotidien s'est avéré « salutaire » pour la personne.

Le fait de mieux se connaître soi-même a également un effet bénéfique sur la compréhension des autres ; à son tour cette dernière est stimulante d'un point de vue motivationnel et crée une dynamique d'échange, de partage et de coapprentissage, soit un cercle vertueux pouvant mener à un rétablissement, comme cela se reflète dans le parcours de J. : « *J'étais très fermée, c'est la dépression qui parlait (...). Je me suis pas du tout rendu compte, je n'avais pas du tout à l'état d'esprit de penser comment cela fonctionne. Je n'ai jamais pu imaginer qu'ils allaient autant travailler sur ce que j'ai à l'intérieur. Le travail de mon ancienne psychiatre, c'était ici que je le trouvais en fait, ce que je n'ai pas eu là-bas se trouvait ici.* »

Apport du résidentiel : perspective des bénéficiaires

Effet structurant : (ré)instauration d'un rythme de vie, une meilleure administration du quotidien, impact favorable sur la santé (point 3.1)

Acquisition de compétences : sociales et relationnelles, professionnelles (point 3.2).

Favorisation de l'autonomie : acquisition de ressources, telles que confiance et estime de soi, patience, écoute, dialogue, responsabilisation, respect de soi et des autres (point 3.3).

Sentiment de sécurité : distanciation par rapport aux produits, aux relations et lieux qui y sont liés, à des environnements perçus comme violents (point 3.4).

Auto-support du groupe : vecteur d'apprentissage et d'acquisition de compétences sociales, opportunité pour partager des expériences, rôle pacificateur (point 3.5).

Regard réflexif : opportunité pour mettre des mots sur des difficultés et des situations à risque, possibilité d'identifier des problématiques (directement ou indirectement liée à l'addiction) (point 3.6).

Tableau 1: synthèse perspective des bénéficiaires

4. Perspectives des professionnels du résidentiel

Les professionnels ont une variété de perspectives sur les caractéristiques et le rôle des institutions résidentielles, d'une structure et d'un canton à l'autre. Toutefois, au-delà des particularités régionales, personnelles et contextuelles, l'analyse de contenu des interviews révèle de grandes tendances et une vision cohérente. À l'instar d'autres champs professionnels, il y a des perspectives qui présentent davantage d'ouverture, de scepticisme et de remise en question des modèles établis, et d'autres qui, au contraire, sont plus dogmatiques et normatives ; on y trouve en outre des attitudes différentes par rapport aux changements et à l'innovation.

Il faut prendre également en compte qu'il peut y avoir certaines dissonances entre la vision des professionnels de terrain et les positionnements des directions ou conseils de fondation des différentes institutions. Un professionnel explique à ce sujet : *« Le souci est qu'il n'y a pas d'éducateurs, d'intervenants au niveau des directions. C'est au niveau du conseil de fondation qu'il y a tout un travail à faire pour changer les positions dogmatiques. Ce sont les mêmes personnes qui sont au conseil de fondation qu'il y a trente ans en arrière. On leur avait toujours dit à l'époque qu'il n'y avait qu'une voie et c'était l'abstinence et maintenant on essaye de dire que non. Pour certaines personnes, c'est très compliqué... Les résistances sont plus à ce niveau-là. »*

Même si le propos n'est pas généralisable à l'ensemble des institutions, il convient de le mentionner, car il est illustratif des tensions potentielles qui peuvent survenir au sein d'une structure, liées aux différentes postures adoptées par les professionnels. Cela montre aussi que plusieurs visions et positionnements peuvent coexister à l'intérieur d'une même institution, tout en soulignant l'importance du dialogue et de la pluridisciplinarité non seulement au niveau des équipes de terrain, mais également des conseils de direction.

4.1 Séjour en résidentiel et rétablissement

La plupart des professionnels accordent une attention croissante aux thèmes du rétablissement et du pouvoir d'agir des bénéficiaires. Leurs propos interrogent, parfois implicitement, d'autre fois plus explicitement, les idées d'« abstinence » ou encore de « réinsertion socioprofessionnelle », tel que le traduit le témoignage suivant : *« Je trouve que la porte d'entrée c'est effectivement de plus en plus la précarité, la question également des comorbidités psychiatriques aussi de nos bénéficiaires, et qui nous amène à requestionner le thème de l'insertion ou du travail social à visée transformatrice, de penser les lieux stationnaires comme des lieux d'insertion possible. C'est là où je rediscute la notion du "thérapeutique" qui est là effectivement dans son sens premier et historique qui est de dire : on va soigner dans l'idée d'insérer "hors de", et je pense qu'en tous cas aujourd'hui elle est remise en question,.... Je pense qu'on se rapproche peut-être plus aujourd'hui du champ du handicap qui est présent sur cette question effectivement du lieu de vie et de l'accompagnement seulement en termes socio-éducatifs. »*

L'observation suivante faite par une intervenante dans un centre bas seuil traduit bien les changements objectifs qu'ont connus les institutions, mais aussi les évolutions perçues par les professionnels du champ des addictions : « *En fait ça me fait tilt, quand je nous entends tous discuter, peut-être que l'une des représentations que l'on a du résidentiel est liée à la thérapie et au soin, (...) on part du principe qu'entrer dans le résidentiel c'est en vue d'une guérison en fait, mais il y a plein d'autres formes de résidentiel qui ne visent pas cela... Enfin voilà, je pense que c'est une représentation assez forte.* »

L'observation renvoie à des représentations dominantes — le résidentiel comme instance thérapeutique et de soins — qui sont progressivement bousculées par d'autres expériences issues de la pratique et d'autres façons d'envisager les addictions qui mettent plus l'accent sur les comportements de consommation et l'environnement de la personne que sur le produit.

Comme le fait remarquer un participant à l'enquête par questionnaire, « *les personnes qui viennent en résidentiel sont confrontées aux mêmes problèmes que ce qu'elles rencontrent dans leur vie et dans la société, c'est comme si on avait la copie conforme des interactions difficiles que vit la personne "dans son milieu naturel"* ». Ce constat suggère d'une part que le contexte social joue un rôle déterminant dans le développement des addictions, et d'autre part, que les prestations résidentielles constituent précisément une manière de restaurer, améliorer ou développer des compétences relationnelles et comportementales.

Il ne s'agit pas de raisonner ou apprécier ces évolutions et changements en termes de « bons » et « mauvais » ou de « corrects » et « faux », mais de complémentarité. En effet, les approches centrées sur le rétablissement et le volet socio-éducatif ouvrent des possibilités, et étoffent un éventail de prestations, correspondant à une multiplicité et diversité de situations d'addiction. En d'autres termes, ce type d'approche axé sur la personne, ses choix, ses projets, son comportement, ou encore ses relations avec autrui enrichit le volet social du modèle biopsychosocial qui fait globalement consensus dans le milieu sociosanitaire et médical.

Pour un certain nombre d'institutions, le sevrage et l'arrêt des consommations ne sont pas des conditions d'accès aux prestations ; en revanche, un travail est effectué afin que le bénéficiaire acquière des ressources (voir point 3.3) en vue d'une stabilisation et d'une meilleure gestion des consommations.

4.2 Séjour en résidentiel et non-consommation

Une autre grande thématique qui est également ressortie des discours des professionnels est celle de l'« abstinence ». Dans certains cas, le lexique renvoie à une conception centrée sur la pathologie et le produit : dans des discours, il est par exemple question de « traitement », de « prise en charge », de « patients » ou encore de « thérapie ». Au sujet des bénéficiaires, une éducatrice explique par exemple que « *les personnes sont ici pour se soigner* ».

Force est de constater également que cette dimension est encore plus marquée dans les entretiens réalisés auprès des partenaires ; une intervenante d'un service social cantonal explique par exemple qu'« *une addiction est déjà tellement difficile à traiter comme maladie, il faut que la personne soit totalement partie prenante* ». Cette perspective de l'abstinence peut être divisée en plusieurs sous-dimensions :

- Un certain nombre de professionnels mettent l'accent sur l'« expérimentation de l'abstinence » dans un espace de vie et durant une période qui doit permettre à la personne de se restructurer, de retrouver une certaine autonomie, et de « se refaire une santé ». La non-consommation, même temporaire, pourrait constituer ainsi une étape ouvrant sur des opportunités en termes de rétablissement, de consommations mieux gérées, ou encore de non-consommation prolongée. Dans cette optique, le séjour n'a pas de finalités spécifiques et prédéterminées, telles que la réinsertion socioprofessionnelle ou la transformation de l'individu, si ce n'est le rétablissement en soi, le fait d'aller mieux ou encore d'atteindre un équilibre autant émotionnel que physique. En outre, la période d'abstinence peut également déboucher sur des possibilités de repérage de troubles et fragilités, tel que cela se reflète dans les propos de ce professionnel : « *Pour nous, c'est une expérience d'abstinence que l'on propose, on n'a pas forcément ce poids de dire : dans tous les cas, après le séjour, vous savez, il faut être abstinent, car de toute façon la personne elle a le libre arbitre déjà, mais qu'elle comprenne bien que c'est une expérience et qu'elle peut aussi vivre d'autres choses sans la substance, et puis justement d'observer ce qu'elle vit. Cela nous donne aussi beaucoup d'informations sur d'éventuels troubles psychiques ou psychiatriques, et dans ce cas on pourra mettre en place un dépistage, un suivi et une médication, si on observe qu'il y a ces troubles sans la substance.* » Dans ce cas de figure, même si l'accent est mis sur l'abstinence, on se trouve dans une perspective moins rigide que la précédente, dans le sens où elle prend davantage en compte l'individu et relègue la substance au second plan. Le même professionnel explique d'ailleurs : « *On ne va pas parler que de substance, mais peut-être du pourquoi de la consommation, des conséquences de la consommation, de construire quelque chose là autour, vraiment s'atteler au comportement de la personne plus qu'à la substance, et puis rester centré sur la personne plus que sur la substance. Pour nous c'est ça qui nous semble important aujourd'hui.* »
- Une minorité de professionnels défend un modèle plus traditionnel et orienté explicitement sur l'« abstinence » en argumentant qu'étant donné l'accessibilité du ou des produits, en particulier l'alcool, les personnes faisant face à un problème d'addiction ne sont pas en mesure de mieux gérer leurs consommations. Dans cette optique, l'abstinence constitue une condition *sine qua non* en vue d'une réinsertion socioprofessionnelle. Par ailleurs, en comparaison des autres sous-dimensions et tendances, une attention marquée est portée sur la substance, tel que cela se reflète dans le témoignage suivant : « *Il y a une chose qu'on a tendance à sous-estimer, je pense, quand on parle d'addiction, c'est que l'alcool a des spécificités que n'ont pas forcément d'autres drogues. (...) une des spécificités c'est qu'il n'y a pas de programme de substitution, ce qui fait que quelqu'un qui est alcoolique, qui est vraiment dépendant à l'alcool, ou bien il devient abstinent, ou bien il*

rechute». On peut constater que cette perspective laisse en quelque sorte deux voies possibles : celle de la médicalisation à travers un traitement par agonistes opioïdes (TAO) — anciennement « traitement de substitution aux opiacés » — dans le cas des drogues, en l'occurrence l'héroïne, et celle de la non-consommation dans le cas de l'alcool.

La consommation dans l'espace de l'institution obtient la plus forte polarisation des réponses dans les informations recueillies par questionnaire, ce qui fait écho à l'analyse thématique des entretiens. On peut par exemple observer des opinions plus partagées concernant la mise en place d'« espaces spécifiques pour des consommations non problématiques », ou par rapport à la RDR, notamment sur « l'échange de seringue et l'accès à des traitements de substitution ».

4.2 Perspectives des professionnels du résidentiel – Séjour en résidentiel et non-consommation

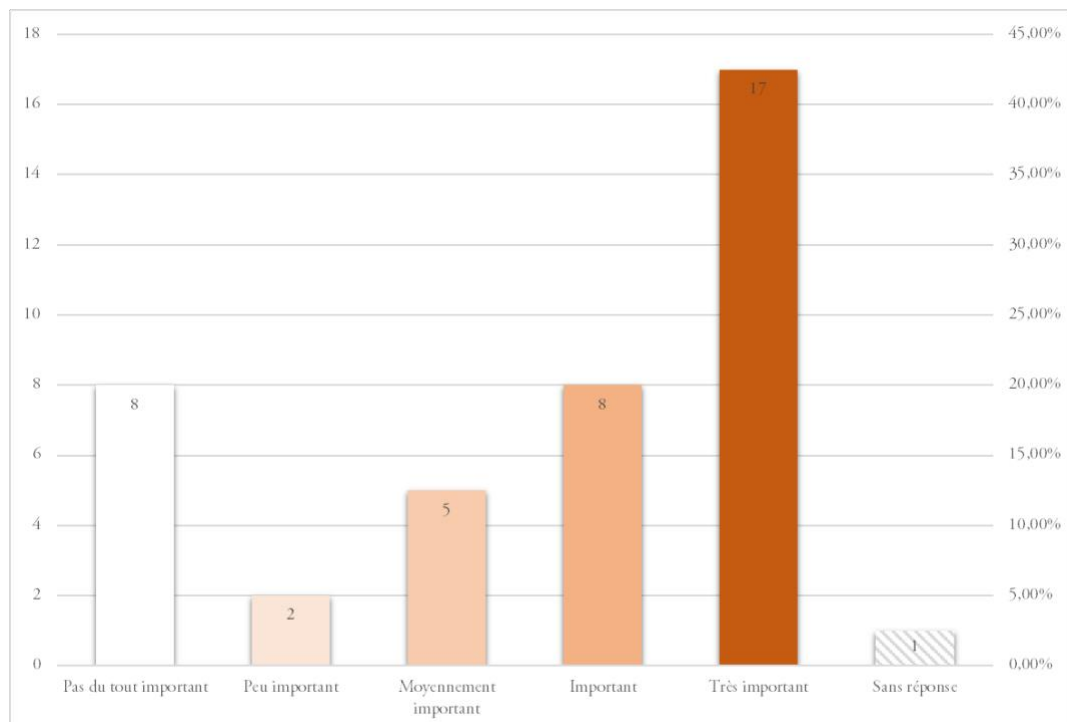


Figure 4 : Degré d'importance accordée à la RDR au sein du résidentiel et à la mise en place de mesures, telles que l'échange de seringues et les traitements de substitution ; nombre de réponses et pourcentages.

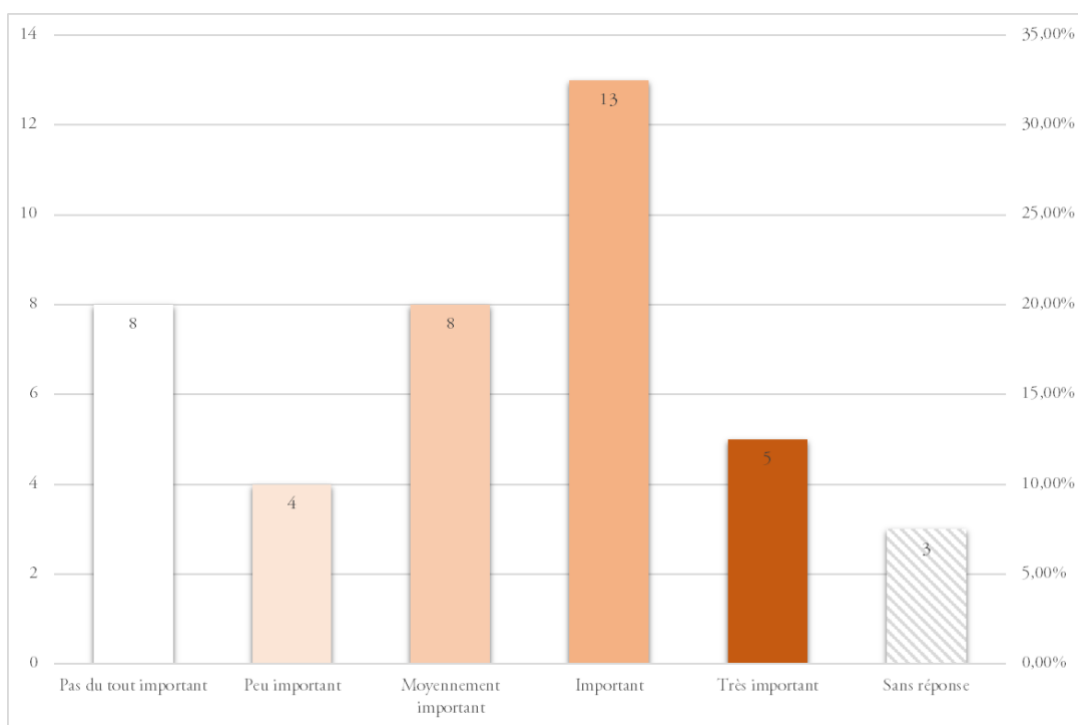


Figure 5 : Degré d'importance accordée à la mise en place d'espaces spécifiques pour des consommations non problématiques ; nombre de réponses et pourcentage.

Toutefois et en définitive, les différentes tendances qui ont été décrites ne sont pas cloisonnées. Elles ne s'opposent ou ne s'excluent pas : s'il y a des différences, elles se situent surtout au niveau de l'approche et des outils à mettre en œuvre, alors qu'une unité de vue sur la posture est clairement identifiable, tel que cela sera abordé dans la section suivante. Par ailleurs, il faut également prendre en compte que plusieurs institutions proposent des prestations variées : elles possèdent différents hébergements, ce qui permet de combiner diverses approches, par exemple un centre axé sur l'expérimentation de l'abstinence, et un autre foyer orienté sur le rétablissement et la consommation non problématique. Il s'agit d'un modèle mixte, dynamique et adapté aux besoins des bénéficiaires dont l'efficacité repose sur le fait d'avoir des structures distinctes pour des publics aux attentes distinctes. En effet, un mélange de populations aux aspirations et objectifs hétérogènes peut entraîner des conséquences négatives (voir point 6.1).

4.3 Synergies et volontés communes

Au niveau des thèmes transversaux, on peut distinguer de manière générale une volonté de placer l'individu au centre de l'attention et des processus — indépendamment du fait que ces derniers soient perçus en termes d'« accompagnement », de « soin », ou encore de « traitement » — et de s'adapter à ses attentes et besoins.

Par « placer l'individu au centre », il faut entendre d'une part le fait de prendre davantage en compte l'utilisateur ou le bénéficiaire, et d'autre part de le faire participer aux décisions le concernant. La plupart des professionnels estiment en effet qu'il doit y avoir une « co-construction » de projets personnalisés (de soin, de rétablissement, etc.), tout en soulignant qu'un effort est fait en vue de proposer des « prestations plus individualisées ». En d'autres termes, le projet du bénéficiaire devrait reposer sur un processus délibératif, collaboratif et interactif. Dans ce schéma, la RDR, la « consommation contrôlée », la « consommation non problématique », ou encore l'abstinence sont davantage perçues comme des « outils » ou des moyens pour parvenir à des fins, fins qui sont définies par le bénéficiaire. À ce sujet un professionnel évoque la « métaphore du vélo » : *« Lorsqu'il y a un règlement, qui c'est qui fait le règlement ? Qui c'est qui contrôle ? Qui c'est qui sanctionne ? C'est l'éducateur qui fait le règlement, c'est l'éducateur qui contrôle, c'est l'éducateur qui sanctionne, donc c'est l'éducateur qui est sur le vélo et c'est l'éducateur qui est porteur de la démarche, c'est l'éducateur qui pédale. Le résident, il est derrière sur la selle, et puis il s'adapte. Nous, on enlève tout cela. On dit : toi tu es chez nous, c'est toi qui es sur le vélo, c'est toi qui pédale, nous on est derrière. Tu fixes tes règles, tu avances, on co-construit quelque chose, mais il est exclu que ce soit nous qui soyons responsables de ta démarche, tout simplement. »*

Ces éléments d'analyse de contenu coïncident avec les données recueillies par questionnaire. En effet, les quatre questions portant sur les caractéristiques et spécificités du résidentiel et ayant suscité le plus d'unanimité sont celles relatives à :

- 1) La possibilité d'élaborer un projet de vie adapté aux besoins, aspirations et ressources de la personne (97 % des répondants ont estimé qu'il s'agit d'une dimension importante ou très importante).
- 2) L'opportunité pour le résident de se réapproprier sa capacité d'agir et d'avoir un meilleur contrôle sur ses actions et décisions (97 % « importante » ou « très importante »).
- 3) L'amélioration significative de la qualité de vie de la personne (97 % « importante » ou « très importante »).
- 4) L'opportunité pour le bénéficiaire de coconstruire un projet dans une perspective de libre adhésion et d'autodétermination (95 % « importante » ou « très importante »).

On retrouve également certaines de ces dimensions à travers les mots clés les plus cités par les professionnels dans les questionnaires, ainsi que d'autres aspects qui ressortent du nuage de mots¹⁴.

¹⁴ Des ajustements ont été réalisés pour une meilleure lisibilité et compréhension du nuage de mots : certaines expressions ont été regroupées sous un seul terme. Par exemple, pour ce qui est du mot « projets », une majorité de participants l'a mentionné au pluriel, certains au singulier, et d'autres ont parlé de « projet de vie » ou encore de « projet personnel ». Les idées étant très similaires, tout a été regroupé sous le terme « projets ». Il en va de même avec le thème de l'« accompagnement » : si la majorité des participants a mentionné le terme tel quel, certains ont spécifié « accompagnement intensif » ou « accompagnement global » qui ont été simplifiés en « accompagnement ».

On peut noter que ces principes — accompagnement, environnement sécurisé, rôle actif du groupe, et rétablissement — s'imposent en quelque sorte sur d'autres dimensions, telles que la « consommation », le « sevrage », l'« abstinence » ou encore la « réduction des risques » qui occupent une place moins prépondérante dans le nuage de mots. Cela rejoint l'observation faite concernant les volontés communes des professionnels, à savoir que ces dimensions ne constituent pas des finalités en soi.

4.4 Adaptation, flexibilité et individualisation des prestations

Un thème qui va de pair avec la question de la personnalisation des prestations est celui de l'adaptation et de la flexibilité dont doivent faire preuve les institutions et leur personnel ; « *s'adapter au profil de la personne* », « *s'adapter à chaque personne* », « *stratégies d'adaptation* », « *offres plus flexibles* » sont autant d'expressions qui sont ressorties lors d'entretiens auprès des différents publics cibles, en particulier les professionnels du résidentiel ainsi que les partenaires, et dans une moindre mesure dans les propos des bénéficiaires dont quelques-uns estimaient que l'institution où ils se trouvaient était « *mal adaptée* » à leur situation.

L'adaptation et la flexibilité sont ainsi des thèmes qui sont fréquemment abordés. Ce sont des capacités qui sont à la fois exigées par le contexte et mobilisées par les professionnels, à plus forte raison dans un champ socioprofessionnel qui a connu de nombreux bouleversements, et dans un contexte du marché du travail où la « flexibilisation » est devenue un maître-mot. Toutefois, au-delà de ces aspects, la récurrence de ces thèmes correspond également à une adaptation des discours des professionnels en fonction des conditions-cadres qui sont posées¹⁵.

Cela met en lumière un exercice difficile pour cette population cible, soit de concilier des dimensions ambivalentes : mettre en œuvre une vision et des mesures inclusives axées sur le rétablissement et la participation des personnes concernées d'un côté, et d'un autre côté composer avec des facteurs organisationnels (par exemple concilier avec la perspective du conseil de fondation) ainsi que des facteurs structurels propres au contexte. Ces derniers sont de nature très diverse, à la fois politique (rationalisation des dépenses publiques), économiques (restrictions budgétaires), administratifs (contrats de prestation, DCISA), juridiques (prohibition, idéal normatif d'une société sans drogues), ou encore socioculturels, c'est-à-dire au niveau de certaines valeurs (efficacité, rentabilité,

¹⁵ Le directeur d'une institution faisait remarquer que les bénéficiaires « *adaptent leur discours aux conditions qu'on pose* ». Il s'agit d'un élément intéressant qui invite à considérer le bénéficiaire comme étant capable de cerner les attentes de ses interlocuteurs et d'élaborer des stratégies discursives en fonction de ces attentes, comme le ferait par exemple une personne à la recherche d'un emploi. En ce sens, les professionnels du champ des addictions ne sont différents ni des bénéficiaires ni de la population en général : ils doivent composer avec les dispositifs institutionnels et bureaucratiques des pouvoirs publics et sont amenés à adapter leurs discours et pratiques en fonction des exigences et attentes supposées des décideurs.

performance) ainsi que des représentations sociales (des addictions et des personnes concernées).

Le défi réside ainsi dans le fait de faire converger le travail effectué au sein du résidentiel, soit des prestations qualitatives, efficaces et individualisées, avec le système classique de mesure et ses indicateurs essentiellement quantitatifs (taux de réussite, taux d'occupation, non-consommation, etc.). Ces dimensions se reflètent dans le témoignage d'un professionnel qui souligne qu'il est compliqué de démontrer l'utilité du résidentiel uniquement sur la base d'indicateurs quantitatifs : « *Statistiquement ici on est environ à 10 % de personnes qui ne consomment plus par la suite, je dirais, mais pour moi ce n'est pas le seul critère. Mais les gens — enfin, les gens, certains membres du réseau — qui ne connaissent pas forcément, ou bien la population, ils disent “mais 10 % c'est rien”, et donc comme c'est rien, cela ne sert à rien. (...) Et après, qu'est-ce qu'on met dans le reste, dans le 90 % ? Et là, on a beaucoup plus des aspects qualitatifs, parce que pour nous la substance elle est là, mais est-ce qu'on ne va parler que de substance ? Non, on ne va pas parler que de substance, mais peut-être du pourquoi de la consommation, des conséquences de la consommation, de construire quelque chose là autour, vraiment s'atteler au comportement de la personne plus qu'à la substance, et puis rester centré sur la personne plus que sur la substance. Pour nous c'est ça qui nous semble important aujourd'hui, et quand je parle de qualitatif, c'est peut-être quand la personne a pu reprendre contact avec son milieu familial par exemple, ou si on a pu mettre de l'ordre un peu dans l'administratif, factures, courrier, les aspects d'aide judiciaire avec la Justice, négocier les choses aussi, si on a pu mettre en place un suivi en ambulatoire, ou avec un médecin, un traitement, ou qu'elle prenne des repas, ou qu'elle retrouve une hygiène de vie. »*

Les professionnels doivent rendre compte de leurs activités et leurs prestations et montrer des résultats tangibles et quantifiables, alors que la plupart des activités mises en œuvre relèvent de l'intangible et du qualitatif. Il en découle une difficulté de justifier le coût substantiel des prestations en comparaison de certains services, notamment l'ambulatoire (Boudier, 2017), toutefois la comparaison avec d'autres structures, par exemple psychiatriques et pénitentiaires, permet de relativiser ce coût.

Par ailleurs, les justifications et comptes rendus (de gestion, financiers, etc.) s'effectuent sur une base annuelle, alors que les actions mises en œuvre au sein des institutions résidentielles sont difficilement circonscriptibles à une période déterminée. Le fait de « reprendre contact avec le milieu familial », et plus largement de réactiver son réseau social, ou encore de « retrouver une hygiène de vie », pour reprendre des exemples cités auparavant, sont particulièrement illustratifs : d'une part ils sont difficiles à mesurer, quantifier et objectiver, et d'autre part, ils constituent des processus qui se déroulent sur des durées variables selon les situations, soit des périodes qui peuvent éventuellement coïncider avec celle du séjour, mais qui vont fréquemment s'étendre bien au-delà de ce séjour. En effet, ce sont des processus qui sont par essence graduels et progressifs.

Ces constats soulèvent des interrogations, à savoir premièrement si le système de mesure tel qu'il existe aujourd'hui est à même de capter ces particularités des prestations

résidentielles, et deuxièmement quels seraient les indicateurs qui reflèteraient de manière plus précise et cohérente les activités.

4.5 Changements dans la population des bénéficiaires

Un thème qui est ressorti à de nombreuses occasions lors d'entretiens avec des professionnels du résidentiel est celui des changements au niveau de la population de bénéficiaires. « Populations marginalisées », « population précaire », « situations complexes », « comorbidités », « troubles psychiatriques », « troubles comportementaux », « polyconsommations » sont autant de désignations qui suggèrent des situations et profils qui se sont complexifiés au cours des années.

En outre, plusieurs interviewés signalent : 1) que les bénéficiaires sont moins insérés d'un point de vue socioprofessionnel ; 2) que les personnes mieux intégrées sur ce plan ont eu tendance à se tourner davantage, tantôt vers des offres ambulatoires, tantôt vers des cliniques privées proposant de courts séjours, et 3) qu'il existe une certaine polarisation de l'âge des populations accueillies, c'est-à-dire, d'une part un public jeune, désinséré, en rupture de scolarité ou formation, et en voie de marginalisation, et d'autre part une population vieillissante, dont les perspectives de réinsertion professionnelle sont compromises.

Ces différentes dimensions se reflètent dans le témoignage d'un directeur d'institution : *« On accueille des personnes qui ont vraiment des limitations autant physiques que cognitives. Beaucoup plus importantes qu'avant. Là, on est de plus en plus dans l'éducatif, c'est-à-dire rappeler des choses vraiment de base : hygiène corporelle, des soins, des horaires des trucs comme ça. Ce n'est pas demain la veille qu'il faut abandonner le modèle socio-éducatif. Alors qu'à un moment donné, au début, on était plutôt sur le sociothérapeutique. C'était plus flatteur les intervenants pouvaient effectuer des thérapies. Maintenant on revient plutôt au métier de base. L'âge moyen a très peu changé on est toujours entre 43 et 45 ans. Je pense que cela se retrouve dans la plupart des institutions alcoologiques. Ça, c'est la moyenne, mais si vous regardez la médiane, c'est déjà un peu différent. Ce qu'il se passe, c'est qu'il y a une population toujours plus jeune, mais également toujours plus âgée. »*

Ce propos laisse également entendre qu'au cours des dernières années, les prestations résidentielles se sont concentrées davantage sur des aspects socioéducatifs et pédagogiques que sur les dimensions thérapeutiques ou biomédicales. Cela ne signifie pas pour autant que ces éléments soient mis en opposition, mais cela traduit aussi bien une volonté de rééquilibrage de ces approches, que la nécessité d'aborder les situations problématiques dans une optique de dialogue et réflexions interprofessionnels.

Un professionnel indique par exemple que l'institution où il travaille reçoit des personnes *« avec des médications qui sont longues comme le bras. On ne sait plus qui fait quoi : il y a plusieurs médecins, il y a la rue, il y a le stress, il y a les hospitalisations, on rajoute une molécule, on enlève une molécule, on remet un truc, il y a des consommations par-dessus »*. Ce constat a stimulé une réflexion

au niveau institutionnel que le professionnel résume de cette manière : « On s'est dit, avant de recevoir des personnes avec autant de médications, qu'il fallait qu'on porte aussi un regard médical sur cette réalité-là, d'où le projet d'engager des infirmières pour évaluer la santé somatique et psy de la personne, avoir le dialogue avec le monde médical, parce que c'est un vocabulaire spécifique, une infirmière comprendra beaucoup plus rapidement, entrera plus facilement en lien avec le monde médical qu'un travailleur social. Donc l'implémentation d'une infirmière de liaison a déjà permis de porter ce regard sociosanitaire et sanitaire social dans l'accompagnement que l'on a de nos bénéficiaires, et l'introduction de deux infirmières dans les dispositifs résidentiels, c'était parce qu'au quotidien il y a un accompagnement qui se fait sur le fait de vérifier les ordonnances, avec la pharmacie, les médecins, etcétera, la substitution, pour que la personne gagne en autonomie et pour qu'elle devienne actrice de sa médication. »

Au-delà de ces éléments généraux, les perspectives concernant l'évolution des situations ou profils de bénéficiaires qui tendraient à se complexifier dans le temps interrogent précisément cette notion de « complexification », à savoir s'il s'agit d'un état de fait ou si ces situations sont perçues comme plus complexes. La question elle-même est compliquée et y répondre de manière détaillée et exhaustive excéderait les limites de ce rapport. On peut toutefois avancer un certain nombre d'éléments :

- Le premier fait écho aux propos du professionnel ci-dessus : une situation est perçue en général comme d'autant plus complexe s'il n'y a pas ou peu de collaboration, de communication et de dialogue interprofessionnel effectif. En effet, sans ces éléments il est difficile d'avoir une compréhension intégrale du phénomène de l'addiction, chaque champ professionnel se centrant sur certaines facettes spécifiques alors que d'autres restent dans l'ombre. Dans cette optique une intégration de la transversalité dans les pratiques d'accompagnement pourrait contribuer à « décomplexifier » certaines situations.
- Comme d'autres domaines de connaissances, celui des addictions s'est considérablement enrichi ces dernières années en témoignent l'existence de formations diverses en addictologie, l'apparition de nouvelles notions (cyberaddiction, addictions sans substances, etc.), ainsi qu'une spécialisation de plus un plus poussée intégrant ces nouveaux apports. À l'instar d'autres champs de connaissances, si celles-ci sont relativement rudimentaires, les problématiques s'en trouvent également beaucoup plus simples ou simplifiées. À l'inverse, plus ce champ s'étoffe, plus les professionnels sont à même de discerner la complexité d'un phénomène et de ses causes. En d'autres termes, ces situations jugées complexes peuvent être également imputables au regard progressivement plus affûté des professionnels¹⁶.

¹⁶ Le parallèle avec d'autres domaines de recherches et connaissances peut se révéler évocateur. Par exemple dans le champ des études sur le climat, au fur et à mesure que sur le plan scientifique les possibilités d'identification s'améliorent — identification des causes sous-jacentes à tel ou tel phénomène — le phénomène en question apparaît comme d'autant plus complexe et multifacétique.

- Avec l'intégration de nouvelles approches dans les prestations, notamment la consommation non problématique ou encore la RDR, apparaissent également de façon concomitante de nouveaux types de bénéficiaires dont les situations sont plus difficiles (manque d'insertion socioprofessionnelle, problèmes somatiques et psychologiques, etc.). Dans ce schéma, la complexification des profils et situations se devrait davantage à la diversification des prestations et des populations accueillies.

Apport du résidentiel : discours des professionnels

Thème du rétablissement : attention croissante portée à ce thème, ainsi qu'au pouvoir d'agir ; ces approches ouvrent des possibilités, et étoffent un éventail de prestations, correspondant à une multiplicité et diversité de situations d'addiction (point 4.1).

Thème de la non-consommation : accent mis sur l'« expérimentation de l'abstinence » dans un espace de vie et durant une période qui doit permettre à la personne de se restructurer, de retrouver une certaine autonomie, et de « se refaire une santé » (point 4.2).

Synergies et volontés communes : concernent la place de l'individu ; consensus autour du fait qu'il est primordial de prendre davantage en compte le bénéficiaire, et d'autre part de le faire participer aux décisions le concernant (« co-construction » de projets personnalisés) (point 4.3).

Défis pour les professionnels : rendre compte des activités et prestations et montrer des résultats tangibles, alors que la plupart des activités mises en œuvre et résultats relèvent de l'intangible (par ex. la réactivation du réseau social ou l'hygiène de vie sont des éléments difficilement mesurables par le biais d'indicateurs quantitatifs) (point 4.4).

Changements dans la population des bénéficiaires : thème récurrent dans les discours ; des pistes d'interprétation sont proposées afin de comprendre pourquoi les profils sont perçus comme plus complexes. Cela se doit : 1) au fait que la pensée en silo pourrait contribuer à une complexification des phénomènes observés, 2) à l'enrichissement des connaissances en addictologie, 3) à la diversification des prestations (point 4.5).

Tableau 2: synthèse perspective des professionnels

5. Perspectives des partenaires

Il convient de rappeler tout d'abord que le public cible dénommé « partenaires » auprès duquel ont été réalisés des entretiens semi-dirigés, des entretiens groupaux, ainsi que l'enquête par questionnaire, est très varié du point de vue des domaines socioprofessionnels, aussi est-il important de restituer en premier lieu un panorama de cette diversité. Les caractéristiques des répondants ayant participé à l'étude par questionnaire en donnent un aperçu. Parmi les 107 personnes ayant rempli intégralement le questionnaire :

- Le principal domaine d'activité cité est celui de l'« accompagnement ambulatoire addictologique » cité par 30 répondants (28,04 %), dont plusieurs ont souligné que les prestations ambulatoires sont sous la coupe de la même fondation qui propose également des prestations résidentielles, ce qui facilite la communication, les échanges et les suivis.
- On trouve ensuite les services sociaux, dont les services de curatelles et de protection de l'enfance, avec 15 participants (13,08 %).
- Les services psychiatriques avec 10 participants (9,35 %).
- Le domaine de la Justice, sécurité et exécution des peines avec 8 participants (7,48 %).
- Enfin, dans la catégorie « autre » (40 participants, 37,38 %), il y a des acteurs très divers dont les plus représentés proviennent des domaines de :
 - La pharmacie
 - La santé scolaire
 - La prévention et promotion de la santé

5.1 Représentations du résidentiel : convergences et différences

Même si l'éventail de points de vue est large et que ceux-ci sont hétérogènes à l'image de la population cible de cette enquête, on retrouve à travers les propos et positionnements des partenaires des tendances qui ne sont pas sans rappeler la pluralité de points de vue des professionnels. Cette ambivalence concerne d'une part la vision des addictions — certains interlocuteurs mettant l'accent sur les déterminants sociaux des problématiques alors que d'autres se focalisent davantage sur l'aspect psychopathologique des addictions — et d'autre part sur les objectifs mêmes des institutions résidentielles : pour certains interviewés, ces dernières constituent avant tout un moyen de créer ou recréer du lien social, alors que pour d'autre elles devraient être en premier lieu un instrument de consolidation de l'abstinence, tel que cela est ressorti des entretiens qualitatifs. De ce point

de vue, les divergences portent essentiellement sur les axes prioritaires par rapport aux pratiques et objectifs.

Ces différentes dimensions apparaissent dans le témoignage suivant d'une professionnelle d'une clinique privée spécialisée dans le traitement des addictions. Elle estime que le résidentiel est un partenaire « absolument nécessaire », mais elle interroge les concepts de « consommation contrôlée » ou de « consommation non problématique » : *« Quand un lieu résidentiel estime que l'addiction n'est pas une maladie, je trouve que c'est un peu délicat de passer ce genre de message à des personnes qui ont un lourd passé de toxicomanie ou qui ont une grande difficulté à maintenir leur abstinence. Après, il y a aussi l'acceptation de certains lieux résidentiels par rapport à la consommation contrôlée ou de l'acceptation de certains comportements lors de sortie ou des choses comme ça. Si chaque fois que le patient, le résident sort et consomme, qu'est-ce qui fait que les choses ne soient pas remises en question ? Qu'est-ce qu'on apprend au résident en acceptant cela ? Enfin bref, tous ces aspects-là que je trouve à questionner (...) il faudrait que cela soit cohérent et à un moment accepter... Voilà c'est pas 2,50 CHF un résidentiel, c'est 650 ou 700 CHF par jour¹⁷, donc on est là quand même pour entourer quelqu'un et qu'il y ait la possibilité de se construire une vie, de trouver une vie dans laquelle il peut se développer sans reconsommer et maintenir une abstinence, donc qu'est-ce que cela veut dire si on accepte quelqu'un x semaines, x mois, et que chaque fois qu'il sort le weekend, on accepte qu'il consomme, enfin ce n'est pas qu'on accepte, mais il n'y a pas de conséquences si la personne quand elle sort elle consomme. Pour moi il y a une incohérence. »*

Il faut également prendre en compte que pour d'autres participants à l'enquête, en particulier du domaine de la justice, sécurité et exécution des peines, l'abstinence est une condition *sine qua non* lors de placements pénaux, tel que le souligne par exemple une personne qui affirme avoir répondu au questionnaire « avec cet aspect en tête ».

Si certains mettent ainsi en avant l'abstinence, d'autres se focalisent davantage sur les conditions sociales menant à l'addiction, comme une professionnelle travaillant dans un centre de consultation d'addictologie psychiatrique pour qui le résidentiel « n'est clairement pas quelque chose qui va être proposé dans toutes les situations. On va dire que c'est plus une réponse sociale liée à l'addiction à un certain moment par rapport à la situation de la personne ». De ce point de vue, l'utilité du résidentiel réside davantage dans la stabilisation, que cela soit d'une situation de crise, d'isolement social, de la santé, d'une consommation et de comportements à risque, sans que l'accent soit spécialement mis sur l'abstinence. L'un des médecins interviewés indique également que le résidentiel est pertinent pour parvenir à une « consommation à moindre risque », ou encore un « mieux vivre au niveau de la consommation », au-delà de la diminution ou de l'arrêt des consommations.

¹⁷ D'après les informations recueillies auprès des institutions romandes, les tarifs journaliers — dont les modalités de calcul varient d'un canton à l'autre — se situent plutôt en 2020 dans une fourchette allant de 312 à 450 CHF.

Si l'on examine les réponses des questionnaires, on peut observer que les affirmations sur lesquelles étaient amenés à se prononcer les participants ayant suscité le plus de divergences sont les suivantes :

- 1) « Il faut mettre en place au sein des centres résidentiels des espaces spécifiques pour des consommations non problématiques ».

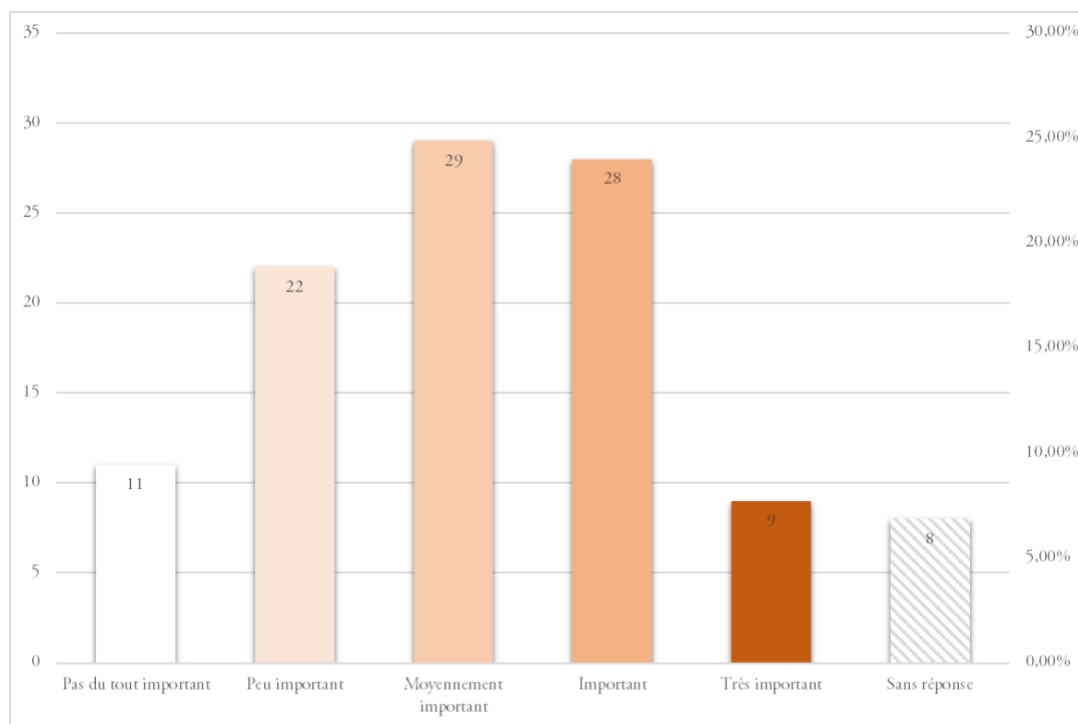


Figure 7 : Degré d'importance accordée à la mise en place au sein des centres résidentiels des espaces spécifiques pour des consommations non problématiques ; nombre de réponses et pourcentages.

- 2) « Le séjour en résidentiel est avant tout une solution d'hébergement lorsque les personnes n'ont pas de logement ».

5.1 Perspectives des partenaires – Représentations du résidentiel : convergences et différences

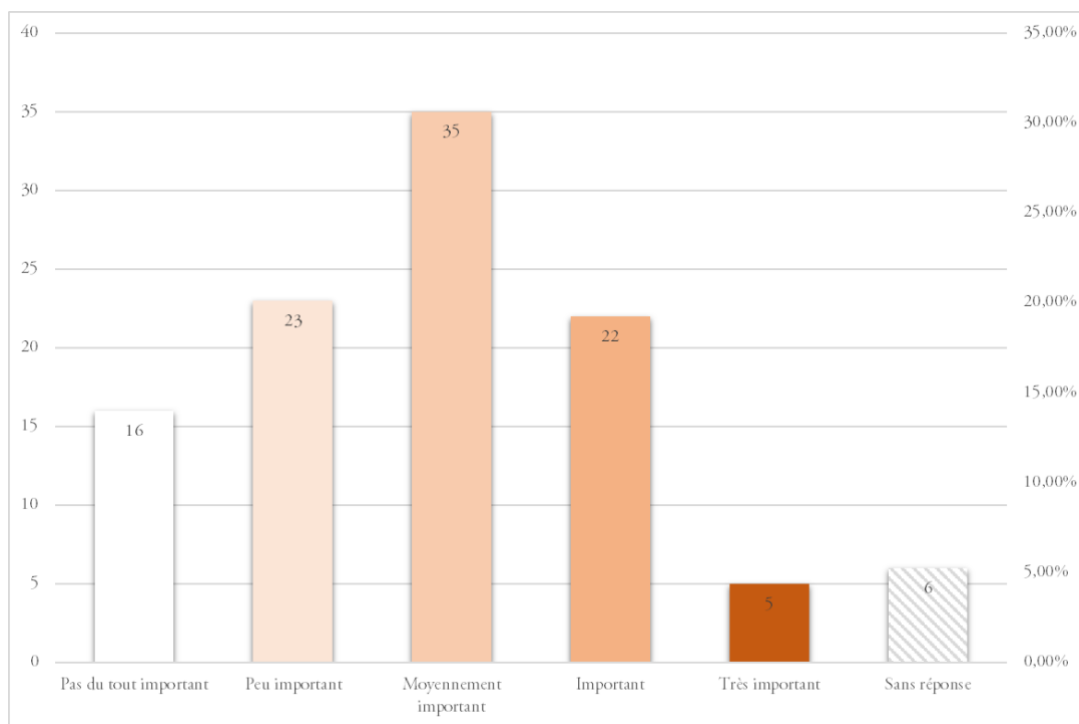


Figure 9 : Degré d'importance accordée au thème du résidentiel en tant que solution d'hébergement ; nombre de réponses et pourcentages.

3) « Il est préférable que les sorties du centre, telles que les soirées ou les weekends, soient restreintes et encadrées selon des règles strictes ».

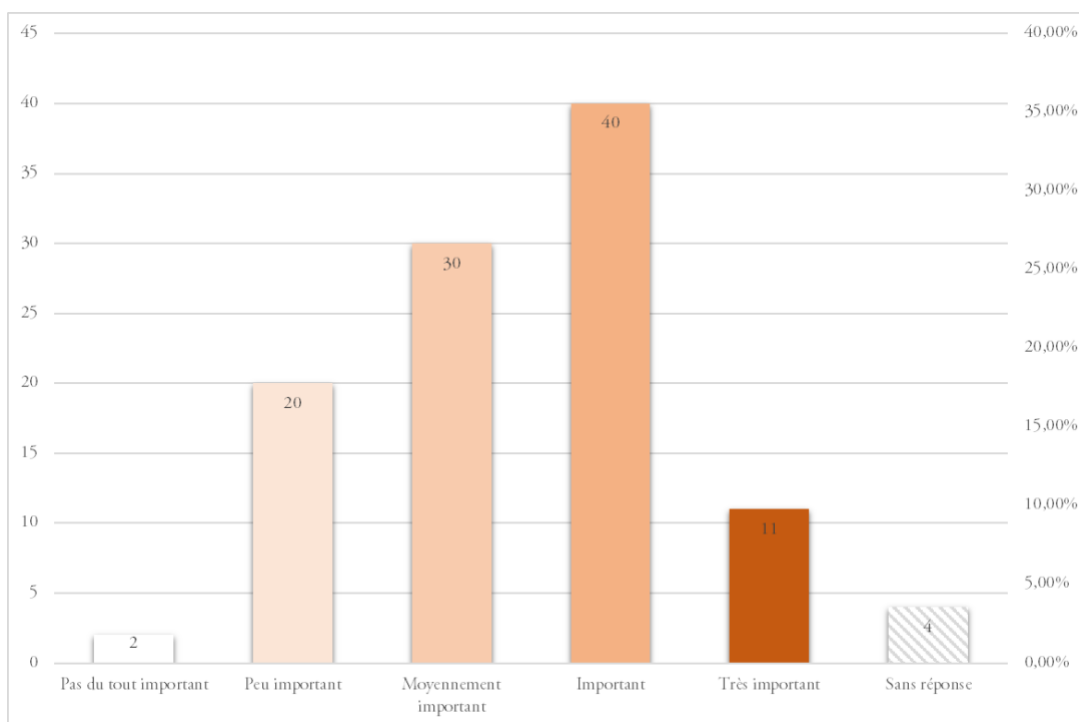


Figure 8 : Degré d'importance accordée aux restrictions et à l'encadrement strict des sorties ; nombre de réponses et pourcentages.

Ces perspectives différentes, à savoir si le cadre doit être rigide ou plutôt flexible, ou encore si la consommation contrôlée est conciliable avec le concept même de résidentiel sociothérapeutique, ont le mérite de générer un certain nombre de discussions et débats qui ont marqué le champ des addictions dans d'autres pays d'où l'on peut tirer certains enseignements. Dans un article portant sur l'introduction de la RDR dans la province de Québec au Canada, ainsi que les « centres de réadaptation » pour les personnes concernées par les addictions, les auteurs notent : « Le soutien à l'arrêt de consommation par un retrait du milieu, bien qu'il ne soit pas le seul objectif visé par la décision d'admettre un usager à l'interne, demeure un objectif central. L'abstinence demeure donc la pierre angulaire sur laquelle repose le cadre thérapeutique. Il n'en reste pas moins que cet objectif n'est pas toujours atteint, surtout dans un contexte où les sorties à l'extérieur sont favorisées pour inciter les résidents à garder contact avec leur milieu naturel et à entreprendre des démarches de réinsertion sociale. L'approche de réduction des méfaits a cependant permis d'assouplir les règles de vie et de réduire l'incohérence entre les règlements et l'expérience de la rechute. Dans cette perspective, la consommation à l'occasion d'un congé devient du matériel clinique intéressant et une source de réajustement des interventions » (Landry & Lecavalier, 2003 : 9).

Cette approche rappelle certaines tensions existant en Suisse romande autour d'une tolérance relative ou au contraire de l'interdiction des consommations. Elle pointe également du doigt un défi du résidentiel : il s'agit à la fois d'« extraire » la personne d'un milieu social, d'instaurer une distance avec ce milieu — généralement lié à la consommation — et en même temps de stimuler la réinsertion sociale en réactivant un réseau de relations, notamment à travers les sorties et les congés. Dans certains cas de figure qui ont été abordés dans ce travail, des bénéficiaires parviennent à renouer avec un réseau primaire, par exemple à retisser des liens avec leurs enfants, mais pour d'autres cela reste très difficile d'établir de nouvelles relations et de définitivement « couper les ponts » avec un entourage faisant partie intégrante de leur existence et de leur identité, tel que cela sera abordé par la suite (voir point 6.3.3). Reste que le regard québécois souligne également le fait que des épisodes de reconsommation peuvent être une opportunité pour les professionnels de mieux cerner le contexte social et les facteurs de reconsommation, et de réévaluer également leurs actions.

Au-delà de ces tendances parfois divergentes, il y a de nombreux aspects qui font consensus, tel que cela ressort notamment des mots clés cités par les partenaires : au sein du résidentiel des stratégies d'« **accompagnement** » sont mises en place dans un espace où les personnes sont au bénéfice d'une « **sécurité** », et d'une « **protection** ». On retrouve ainsi les principales caractéristiques évoquées par les professionnels dans les mots clés fournis dans le questionnaire, également les principales thématiques abordées par les bénéficiaires lors des focus groups, ce qui en fait manifestement des dimensions phares des institutions résidentielles. Cependant, dans ce cas, l'accent est peut-être davantage mis sur les besoins de « **cadre** », de « **soutien** » et d'« **encadrement** », autrement dit aux règles, aux procédures institutionnelles et aux limites, que sur l'aspect communautaire, le

Force est de constater que ces résultats traduisent, à l’instar de thèmes évoqués par les professionnels, tels que la « co-construction » et de la coopération entre bénéficiaires et professionnels dans la recherche de solutions, une volonté de faire participer activement la personne concernée et de réduire la verticalité des rapports au sein des institutions. Le résidentiel apparaît donc comme un outil d’*empowerment* ainsi que de réaffirmation ou reconstruction de liens sociaux avec une forte composante socioéducative, et cela précisément dans un contexte de fragilisation de ces liens et des solidarités traditionnelles (voir point 6.3.3).

Au-delà de ces dimensions générales, les apports, les spécificités et les complémentarités du résidentiel au regard d’autres institutions sont abordés par la suite, en commençant par le secteur ambulatoire qui travaille étroitement avec les institutions résidentielles. En effet, dans la plupart des cas, les deux domaines, ambulatoire et résidentiel, sont chapeautés par la même association ou fondation, ce qui permet une coordination et des suivis efficaces, les professionnels des deux secteurs maintenant une communication et collaboration étroite.

5.2 Interface entre institutions résidentielles et ambulatoires

Même s’il y a quelques exceptions, il convient de souligner dans un premier temps que les relations et collaborations entre les secteurs ambulatoires et résidentiels sont jugées globalement bonnes et constructives. Cela est d’autant plus le cas si le cadre organisationnel favorise la communication et l’échange d’informations, par exemple lorsqu’une institution donnée est en mesure d’offrir les deux types de prestation, ou encore dans les cantons où une seule fondation se charge de l’ensemble des prestations au niveau cantonal, tels que ceux du Valais, du Jura ou encore de Neuchâtel.

Dans ce schéma, il semble y avoir globalement une meilleure communication et un suivi plus constant des bénéficiaires, étant donné que le collaborateur d’un premier service travaille étroitement avec celui d’un second ; autrement dit il y a déjà un réseau institutionnel structuré et existant, aussi les professionnels ont moins besoin de « faire du réseau », tout du moins entre les domaines résidentiel et ambulatoire.

À l’inverse, lorsqu’il n’y a pas une unique fondation qui s’occupe de l’ensemble des mandats à l’échelle cantonale, mais plusieurs institutions en concurrence avec des prestations diverses, il est plus difficile pour les professionnels de travailler en réseau et de maintenir des liens aussi étroits que ceux prévalant dans l’autre cas de figure. Cela se reflète par exemple dans cette observation du directeur d’un centre bas seuil dans le canton de Vaud : *« J’ai vu plein de gens qui ont fait de super parcours dans le résidentiel. J’en ai vu aussi plein qui se sont plantés à des endroits où nous, on savait, enfin on savait qu’ils allaient se planter, c’est facile à dire après coup, mais sur des difficultés qu’on avait identifiées, que la personne avait identifiées, et puis que, en termes de liens entre l’ambulatoire et le résidentiel, il y en a malheureusement très peu, et*

du coup c'est toujours un peu regrettable de voir que la personne se plante à la même place que là où elle s'était plantée lors d'un précédent séjour, et à la place où on avait identifié qu'il y aurait peut-être des difficultés, et puis que rien n'a pu être fait pour anticiper ou pour éviter ça. »

5.2.1 Diversité et complémentarité des prestations

En prenant en compte les informations obtenues auprès des différents partenaires, tout en considérant également les témoignages des bénéficiaires, on peut déterminer qu'au-delà des aspects les plus évidents (accueil et consultations de jour d'un côté, résidence et séjour de l'autre), la différence et la complémentarité entre ces deux types d'institution résident essentiellement dans :

- **Les besoins en termes d'intensité du suivi** : comme l'explique une personne interviewée provenant du champ médical, nombre d'usagers parviennent dans certaines phases de leur parcours à gérer leurs consommations, en particulier ceux qui ont un certain recul et de l'expérience, ceux qui bénéficient également d'une meilleure intégration sociale. On peut dans ce cas supposer qu'il y peut y avoir une forme de soutien du réseau primaire, éventuellement une forme d'autosupport (tous les usagers n'étant pas des consommateurs à risque), c'est-à-dire que les connaissances et amis jouent également un rôle dans l'équilibre de la personne. On peut aussi supposer que dans une phase d'équilibre relatif la personne dispose de davantage de ressources (estime et confiance en soi, patience, gestion du temps, etc.). Dans ce genre de situation, le suivi n'a pas besoin d'être aussi intensif que dans une institution résidentielle, et les prestations ambulatoires, plus ponctuelles et périodiques, permettent :
 - De repérer d'éventuels problèmes qui menaceraient l'équilibre de la personne, et dans le même ordre d'idée d'anticiper d'éventuels épisodes de crise.
 - De conseiller, écouter et soutenir le bénéficiaire, en particulier lorsqu'il y a une fragilité sous-jacente.
 - D'orienter les personnes vers d'autres structures où le suivi est plus intensif, telles que les résidentiels.
- **Les besoins en termes de structuration** : à l'inverse de parcours où il y a, tout du moins à un moment donné, un certain équilibre, tel que cela a été évoqué auparavant, il existe des situations qui se caractérisent par un manque de structures. Elles demandent un suivi plus approfondi, et surtout qui permet de combler en quelque sorte ce manque ou ce vide. Même si c'est temporairement, il s'agit de trouver une forme de substitution à ces structures qui sont « naturellement » présentes, ou de réactiver en quelque sorte des éléments qui structurent la vie des individus, tels que :

- Le réseau primaire, et les relations sociales en général.
- Les rituels de la vie quotidienne (faire ses courses, gérer son courrier, payer ses factures, se préparer à manger, etc.).
- Les activités et pratiques sociales dans leur dimension interactive (du simple dialogue aux sorties et visites de groupe, en passant par le sport ou encore d'organiser un repas).
- Les activités en lien avec l'employabilité.

Un suivi plus intensif permet également de générer ou réactiver des ressources, par exemple, les thématiques qui ont été le plus fréquemment abordées par les bénéficiaires sont :

- Connaissance de soi et gestion de la consommation.
- Concevoir des projets, que cela soit à court ou long terme.
- Gérer son quotidien.

5.2.2 Le point de vue des bénéficiaires sur les interfaces

Les discours des bénéficiaires font écho à ces postulats et tendent à les confirmer. Il est intéressant de remarquer que dans les entretiens avec les personnes concernées, le résidentiel est fréquemment défini par rapport au secteur ambulatoire, et dans une minorité de cas, en opposition à l'ambulatoire. Un résident explique par exemple que pour lui l'ambulatoire ne procure pas « des soins complets ». D'autres propos vont dans le même sens : « *L'ambulatoire, ça ne marche pas* », « *L'ambulatoire c'est juste un rendez-vous* », etcetera.

Il ne s'agit pas d'un fait spécialement surprenant dans la mesure où la majorité des interviewés sont des personnes qui sont en résidentiel et pour qui, à un moment donné, « *il fallait une prise en charge plus globale sur le long terme* » pour reprendre les propos d'un résident. Dans la plupart des cas, il s'agit également de personnes qui ont déjà bénéficié d'un suivi en ambulatoire.

Lorsque l'on examine les parcours des bénéficiaires, on peut se rendre compte qu'ils sont très hétérogènes et qu'une personne donnée peut très bien être stable, du point de vue émotionnel, également en termes de responsabilité, ou encore relationnel, et cela pendant des années, jusqu'à ce qu'un évènement particulier, par exemple une rupture, la perte d'un proche, ou d'un travail, provoque une sorte de spirale descendante, soit une consommation excessive qui se conjugue à un épisode dépressif où s'accroissent également les risques d'isolement social. En conséquence, même s'il est parfois question de types de « profils » dans les discours de partenaires pour lesquels l'ambulatoire ou le

résidentiel seraient plus adéquats, il semble plus approprié d’aborder les phénomènes en termes de « situation » ou d’« épisode ».

Ainsi pour certaines phases de la trajectoire de telle ou telle personne, le résidentiel peut s’avérer une option pertinente, et peut constituer un levier pour atteindre ses objectifs. À ce sujet une partie significative des bénéficiaires signalant que, pour eux, l’ambulatoire « ne marche pas » expliquent presque invariablement qu’il y a aussi un problème au niveau du chez-soi qui est un lieu privilégié de consommation. Voici quelques exemples ressortis lors de focus groups :

- *« On est toujours dans les vieux schémas, que son chez-soi est peut-être un lieu de consommation et tout ».*
- *« À côté de l’ambulatoire, je suis chez moi, et de chez moi, j’ai un peu des mauvais souvenirs de consommation, il y a une atmosphère qui n’est pas très positive ».*
- *« En ambulatoire on fait la séance, on voit le groupe, on voit les gens, “salut, tout va bien”, “oui super”, tac, et puis vous rentrez à la maison, et c’est là, c’est là on va dire que le problème commence. C’est justement à la maison ».*
- *« Ensuite une fois qu’on est sorti [de l’ambulatoire], qu’on est allé chercher notre médication, ben voilà on se retrouve seul avec nous même ».*
- *« En ambulatoire, le problème c’est que, pour ma part, même s’il y a des jours où je consomme beaucoup et qu’il y a des jours où je consomme moins, je consommait quand même tous les jours ».*
- *« J’ai fait la première cure effectivement, après ils mettent en place l’ambulatoire avec un certain nombre d’heures par semaine où on va en hôpital de jour, mais après, voilà, c’est directement le retour à la maison quand même, et puis en tous cas, d’après mon expérience à moi, ce qui a été difficile c’est la gestion du produit, c’est le retour dans l’environnement de prédilection, de se croire un dieu, voilà, même si on nous prépare effectivement à changer ses habitudes, changer son mobilier, changer ses amis ».*

Typiquement, pour ce genre de situations, un schéma plus cadrant et structurant est nécessaire. S’il n’y a pas par exemple une distance avec le chez-soi et/ou une meilleure gestion de la consommation — une personne expliquait une fois lors d’un focus group qu’après son rendez-vous en ambulatoire elle passait au café et que le soir venu elle ne se rappelait que vaguement de son rendez-vous de l’après-midi — les possibilités de changement semblent limitées, tant qu’il n’y a pas eu un suivi plus intensif, une restructuration de la vie de la personne, et également le fait qu’elle soit partie prenante, c’est-à-dire qu’elle adhère pleinement à son projet de rétablissement.

À l’inverse, l’enquête de terrain a aussi été une opportunité de rencontrer des personnes qui sont usagers, bénéficiaires de prestations ambulatoires, et qui sont dans une phase de leur vie où le résidentiel ne semble pas spécialement approprié dans le sens où, au-delà des problèmes d’emploi, il y a notamment un logement, une stabilité émotionnelle, et des

consommations non problématiques. Les personnes sont « fonctionnelles » dans leur vie quotidienne ; elles ont moins besoin d'apprentissage, ou de réapprentissage, par exemple de l'hygiène de vie, ou d'autres aspects socioéducatifs fondamentaux.

5.2.3 Des étapes non prédéterminées de parcours pluriels

Étant donné qu'il est souvent question de « parcours » dans les discours des professionnels du champ médicosocial, ainsi que des « étapes » que constituent les prestations ambulatoires ou résidentielles, il convient de se pencher brièvement sur cette notion. Son usage croissant constitue d'ailleurs la manifestation de changements de paradigme dans ce même champ socioprofessionnel — à l'instar du rétablissement — et d'une volonté de prendre en compte les attentes et besoins des patients ou bénéficiaires, et dans une certaine mesure les proches, et de les faire participer au processus de décision.

On serait presque tenté de concevoir ou élaborer quels pourraient être des « parcours type » où certaines prestations, par exemple ambulatoires, s'articuleraient de manière spécialement adéquate avec d'autres, résidentielles en l'occurrence. Il s'agit d'un thème qui est ressorti d'un certain nombre d'entretiens, comme celui réalisé auprès d'une éducatrice dont le témoignage illustre la volonté que l'on a, y compris de manière presque inconsciente, d'ordonner, de ranger et compartimenter les choses : *« Je pense que pendant longtemps j'ai un peu considéré le bas seuil comme l'étape avant le résidentiel. Une fois que j'étais dans le bas seuil, j'en suis pas mal revenue, et je pense que c'est plutôt complémentaire, ça répond à des besoins différents. »*

En effet, lorsqu'il est question de « parcours », il est aussi question d'« étapes » ; il est difficile d'imaginer un parcours sans qu'il soit jalonné d'étapes, et sans que certaines étapes soient a priori plus judicieuses que d'autres, un peu à la manière des étapes que l'on définirait en établissant un itinéraire au moyen de son smartphone. En d'autres termes, le parcours géographique influence la manière de concevoir le parcours de santé ou de soins.

Cependant, dans le cadre d'un parcours de santé de personnes connaissant des problématiques d'addiction, les besoins, attentes ou encore situations sont si diversifiés, variables, et fluctuants qu'il s'avère extrêmement compliqué d'établir des parcours types de soin ou de santé. Autrement dit, l'analyse des informations recueillies auprès des divers participants à l'enquête tend à montrer qu'il n'y a pas de combinaison miracle ou d'agencement d'étapes idéales, tant les trajectoires de vie sont diverses et marquées également par les aléas, les événements imprévisibles, des ruptures ou encore des retours en arrière (Ganne, 2017 ; Jaeger, 2017).

Cela rejoint certains risques que comporte également la notion de parcours, dans une optique de politique publique, comme l'explique Jaeger : « Il existe un écart entre deux conceptions du parcours : d'une part, le parcours vécu par les personnes, constaté par les professionnels ; d'autre part, le parcours anticipé par les professionnels, avec l'objectif

d'accentuer la réactivité et la justesse des réponses, mais sans s'appuyer nécessairement sur les attentes des personnes concernées » (2017 : 49).

Aussi, si l'on s'interroge à savoir comment s'articulent les institutions résidentielles et ambulatoires, quelle est leur cohérence et cohésion, ou encore quels sont les apports réciproques, force est de constater qu'il n'y a pas un ordre prédéfini, mais que, si l'on prend l'exemple de l'ambulatoire, ce dernier peut jouer un rôle complémentaire avant ou après un séjour.

5.3 Quel accompagnement pour quelles situations ?

Dans les discours des différents partenaires, il est fréquemment question de « situations » ou encore d'« épisodes », aussi est-il important de mettre en lumière ces situations auxquelles correspondent des attentes et besoins des partenaires, tout en rappelant, à la manière de nombreuses personnes interviewées, que derrière toutes ces situations il doit y avoir une implication, une volonté, un « choix éclairé », ou encore un souhait de la personne concernée. En d'autres termes, cette dernière doit être partie prenante, ce qui constitue un facteur de succès.

Les situations suivantes sont des « situations types » selon les informations recueillies auprès des différents informateurs. Comme il a été signalé par exemple au sujet de la sécurité (voir point 3.4), ces dimensions ne s'excluent pas, au contraire elles ont plutôt tendance à s'additionner et s'influencer mutuellement (cercle vicieux dans le cas présent).

- Un nombre significatif d'interviewés s'accordent sur le fait que le résidentiel est spécialement pertinent lorsqu'il y a une perte de contrôle de la consommation ou des situations de crise, par exemple suite à une hospitalisation ou à un séjour de sevrage. L'institution s'avère ainsi efficace pour extraire la personne de tel ou tel milieu étroitement lié à la consommation à risque, soit une dimension qui a été amplement abordée par les bénéficiaires.
- Au-delà des addictions, le résidentiel s'adresse à des personnes vivant une situation marquée par des difficultés au niveau de l'insertion sociale et professionnelle, renforcée par un phénomène de stigmatisation, tel que l'illustre le point de vue d'un médecin. Interrogé au sujet de l'utilité de l'institution résidentielle, il affirme : *« Je pense qu'elle est essentielle. Il y a des personnes qui sont gravement impactées au niveau insertion, qui ont subi des stigmas et de l'auto stigma, etcétera, et qui ne sont juste pas suffisamment soutenues par leur réseau naturel pour pouvoir progresser adéquatement, et se réinsérer, se réadapter, tout ça. »*
- Des situations qui, à nouveau au-delà des problématiques d'addiction, se caractérisent par une rupture dans le parcours professionnel ou la formation, ainsi que des difficultés d'accès au marché du travail, notamment pour des personnes

sous TAO, comme le souligne le même interviewé qui indique que le résidentiel est aussi une opportunité pour « avoir des expériences professionnelles au sens strict, et suivre des formations en vue d'un nouveau départ professionnel. Mais donc, cette offre, on a la chance de l'avoir en Suisse ; c'est un outil crucial. Par contre, il était crucial aussi que les personnes puissent y accéder, alors qu'elles ont un traitement médicamenteux et qu'elles ne sont pas en mesure, par exemple, de se passer d'un traitement de méthadone au long terme. Et puis peut-être que l'offre soit plus flexible et puisse s'adapter à des cas qui ont des besoins assez différents ».

- Des situations résultant de traumatismes souvent conjugués avec des troubles psychologiques ; comme l'indique un autre médecin : « Il y a beaucoup de personnes qui ont des problématiques psy, des antécédents traumatiques, enfin je pense à celles-ci, à ces personnes-là... Et puis là on vise plutôt une forme de rétablissement pour ces personnes-là, au sens où la personne arrive petit à petit à accepter, à intégrer le fait de sa maladie. Ce n'est pas une guérison, mais c'est de pouvoir petit à petit que les personnes arrivent à se rétablir, à accepter la maladie, à l'intégrer, à vivre avec, à retrouver de l'espoir aussi malgré cela, à développer finalement des ressources individuelles pour aussi gérer au mieux leur quotidien et la distance par rapport à la consommation. »
- Des situations qui demandent un certain réapprentissage du temps, des rythmes « naturels », de la relation avec autrui et de la gestion des consommations. Lors d'un entretien groupal dans un centre d'accueil bas-seuil, les intervenants expliquent que certains bénéficiaires fréquentant leur structure qui sont des « consommateurs actifs » ont effectué précédemment des séjours en résidentiel dans une optique de « recentrage » ou encore de « break ». Ainsi un des collaborateurs commente : « J'ai remarqué avec quelqu'un que je connais... Il est en situation de précarité (...) il allait trop loin, faisait trop la fête et tout, et il a demandé à se faire interner et il faisait une semaine ou deux pour se mettre au vert, en fait, un break, et ensuite il ressortait, et ce type de mécanique il l'a faite, je pense, depuis que je travaille ici, cela fait bientôt deux ans, il l'a fait deux ou trois fois. Voilà, il cherchait peut-être des réponses, ou simplement de pouvoir faire un break avec lui et sa vie. J'ai vu qu'à travers ça il a pu trouver un peu de repos. Cela le rassure peut-être. »
- Des problèmes judiciaires en lien avec l'addiction. Dans ces situations variables, les autorités peuvent ordonner un placement au sein des institutions. Il y a trois cas de figure au niveau des « mesures thérapeutiques institutionnelles » : 1) traitement des troubles mentaux (article 59 du Code pénal suisse) ; 2) traitement des addictions (art. 60) ; 3) mesures applicables aux jeunes adultes (art. 61). Ces points seront développés ultérieurement sur la base des entretiens réalisés auprès de fonctionnaires de la sphère de la justice (voir point 5.4 ci-après).

De manière générale, au-delà des questions de « rythme », de « régularité », ainsi que des « repères quotidiens » — pour reprendre certains thèmes soulevés par les participants à

l'enquête — qui sont largement transversales, l'institution résidentielle et ses prestations interviennent sur plusieurs niveaux :

- Des consommations (arrêt ou meilleure gestion)
- Psychologique (travail sur la confiance, l'estime et la compréhension de soi, etc.)
- Social ou relationnel :
 - Acquisition de compétences sociales (écoute, patience, dialogue, communication, etc.)
 - Acquisition de compétences professionnelles (formations, possibilité de suivre des ateliers pouvant mener à des stages et contrats socioprofessionnels)
 - Acquisition de compétences organisationnelles et administratives (résolutions de problèmes de la vie courante)

En définitive, le séjour en résidentiel peut être un facteur de stabilisation face à des situations assez diverses de déséquilibre, de fragilité, ou encore de crise auxquelles font face les personnes concernées, et de manière indirecte les différents partenaires qui les accompagnent. De ce point de vue, le résidentiel peut jouer un rôle stabilisateur, non seulement sur le plan individuel, mais également dans une perspective plus systémique, c'est-à-dire que la prise en charge de situations de crise permet d'alléger la pression notamment sur le système hospitalier ou encore sur les différents services sociaux. Ce rôle de « soupape de sûreté » sera examiné plus en détail dans les études de cas spécifiques portant sur les cantons de Genève et du Valais.

5.4 Le résidentiel du point de vue de la justice

L'analyse des entretiens réalisés avec des acteurs du domaine de la justice permet de dégager des attentes, des potentialités, ainsi que des critiques. Ces entretiens ont porté en grande partie sur les peines privatives de liberté et les mesures thérapeutiques institutionnelles en vertu des articles 60 et 61 du Code pénal suisse. En effet, lorsque l'auteur est « toxico-dépendant » ou qu'il souffre d'une autre addiction, le procureur peut ordonner une mesure institutionnelle : a) si l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec son addiction, et b) s'il est à prévoir que ce traitement le détournera d'autres infractions en relation avec cette addiction (Fedlex, 2020). Dans ce cas de figure, le procureur ou l'Office d'exécution des peines — la répartition et teneur des activités varient selon l'organisation cantonale — est amené à chercher un établissement spécialisé qui corresponde aux besoins des personnes.

Comme on a pu l'observer, les questions relatives à la tolérance de la consommation au sein des institutions suscitent des positionnements variés auprès de la population cible des partenaires et y compris des professionnels. Dans le cas des acteurs de la justice, même s'il y a des perspectives différentes, tel que cela apparaîtra par la suite, cette question

obtient davantage de consensus. Dans leur optique, le placement judiciaire en résidentiel est étroitement lié à « l'abstinence » et doit résoudre durablement les problématiques de consommation, aussi le concept de « consommation non problématique » semble susciter moins d'intérêt.

5.4.1 Besoins et attentes

Au-delà de cet aspect général, les principales attentes se situent au niveau des informations au sujet des prestations résidentielles, afin de trouver des institutions adéquates compte tenu des différentes situations des personnes « sous main de justice ». Comme le souligne une procureure : *« Il y a un problème de méconnaissance de l'ensemble des institutions et puis de prestations qu'elles offrent, et aussi quels seraient les résultats. »* Cela pourrait être la raison pour laquelle les mesures prévues aux articles 60 et 61 semblent être en diminution dans certains cantons, tel que cela a été évoqué.

En outre, la procureure ajoute le commentaire suivant : *« Nous, on n'est pas spécialisés dans ce domaine-là, on n'est pas formés pour cela du tout, c'est quelque chose de nouveau pour nous quelque part, ce type de mesures »*, ce qui pourrait renvoyer à une autre attente, soit de bénéficier de davantage d'informations et connaissances sur le phénomène des addictions de manière plus générale.

Toutefois, il ne s'agit pas d'une situation uniforme en Suisse romande. On peut observer à nouveau des différences parfois importantes d'un canton à l'autre. Dans un autre canton par exemple, la problématique des stupéfiants a été institutionnalisée, tel que l'explique un procureur spécialisé dans ce domaine qui établit une différence entre les procureurs ayant un *« regard un peu plus ciblé sur la problématique »* et ceux *« généralistes (...) qui ne connaîtraient pas tout ce qui existe et tout ce qui peut être mis en place »*. Comme son expérience pourrait être bénéfique pour d'autres acteurs de la justice provenant d'autres cantons, il est intéressant de la mentionner : *« Comme spécialiste, la première chose qu'on a faite avec la police, la brigade des stupéfiants, et les procureurs spécialisés, c'est qu'on est allé voir toutes les institutions qui sont établies dans notre canton pour voir quels types de prise en charge elles faisaient, et puis d'avoir ce contact personnalisé. »*

Dans ce contexte spécifique, il semblerait que beaucoup plus de mesures soient prononcées, comme le laisse entendre ce même procureur : *« Ce que je constate, c'est la difficulté à faire entrer quelqu'un en institution spécialisée dans le sens où toutes les institutions semblent être surchargées, en tous cas complète, et avec ces délais d'attente qui sont relativement longs, de 3 à 6 mois. Donc, j'ai le sentiment que la demande est plus forte que l'offre actuellement. »*

Par ailleurs, même s'ils ne sont pas généralisables à l'ensemble des professionnels du domaine de la justice, certains propos reflètent des préoccupations particulières. Il y a d'une part une attention marquée pour le produit, ainsi que pour sa dangerosité potentielle, une procureure soulignant par exemple que dans nombre de ses dossiers

pénaux, « *la source et le problème viennent principalement de la consommation de cannabis ou de la consommation d'alcool* ». D'autre part, les troubles psychiques des personnes sont également mis en avant, comme cela se traduira ultérieurement dans d'autres fragments d'interviews. Autrement dit, il n'y a pas forcément de prise en compte de toute la dimension sociale de l'addiction.

À l'inverse, plusieurs professionnels de la justice font également remarquer que parfois l'aspect pénal et les enjeux autour de l'administration de la justice ne sont pas toujours bien cernés par les professionnels du champ des addictions. Il s'agit en somme de deux cultures professionnelles assez différentes qui gagneraient à échanger et dialoguer davantage, rapprochements qui ont déjà été entrepris selon divers témoignages, mais qui pourraient parvenir à une meilleure concrétisation dans certains cantons.

La question des placements cantonaux versus les placements hors canton est à ce titre illustrative, dans le sens où elle montre que les relations et connaissances réciproques des différents champs professionnels peuvent être un facteur de succès. En effet, bien que les professionnels interviewés proviennent de cantons différents, avec des fonctionnements et logiques administratives distinctes, avec également des problématiques cantonales spécifiques, les témoignages vont dans le même sens : les placements dans une institution hors canton semblent donner moins de résultats ; « *on a eu l'impression d'un manque de rigueur (...) si je regarde les expériences hors canton* », dit l'un, « *personnellement, les quelques personnes que j'ai envoyées hors canton, j'ai eu des échecs. Donc je suis relativement réticente à faire des frais de plusieurs dizaines de milliers de francs, et n'être pas certaine d'avoir des résultats positifs* », dit une autre. Il conviendrait toutefois d'examiner si l'autre option — la prison — donne lieu à des résultats jugés « positifs ».

Ces échecs, ou à l'inverse les succès, ne reposent bien entendu pas sur un facteur unique, et se doit en grande partie aux ressources, projets, intérêt ou encore motivation des personnes concernées. Comme l'explique l'un des professionnels, « *imposer [une mesure] contre la volonté d'une personne, cela ne rime à pas grand-chose* ». D'un point de vue institutionnel, on peut toutefois supposer que le fait qu'il y ait une certaine proximité régionale, des liens, échanges et interactions, même ponctuels, entre les professionnels du domaine de la justice et ceux du champ des addictions, favorise une meilleure compréhension mutuelle, permet également de mieux comprendre le travail de l'autre, son rôle, son mode de gestion, ses obligations ou encore ses critères. Ces éléments à leur tour contribuent partiellement à tel ou tel « succès » d'une mesure institutionnelle qui se fait dès lors « en connaissance de cause », soit de manière plus précise, efficiente et ciblée.

Une autre attente qui a été formulée par un professionnel d'un Office cantonal d'exécution des peines est celle de la prise en charge psychiatrique qui pourrait faire défaut à l'intérieur des institutions. Selon lui, le fait qu'il y ait moins de mesures institutionnelles qui sont prononcées pourrait se devoir au fait qu'il n'y a pas de prise en charge « psychiatrique et médicale » au sein des institutions : « *Quand on place des gens qui ont des problèmes psychiatriques associés à la problématique d'addiction, il faut aller rechercher après un psychiatre*

à l'extérieur. Et peut-être que s'il y avait un psychiatre ou un référent médical qui visitait les personnes qui sont placées, peut-être que cela apporterait quelque chose, il y aurait peut-être plus d'articles 60 qui sont prononcés. Cela serait peut-être plus cohérent au niveau de la prise en charge entre le médecin et l'institution. »

Pour une procureure du pouvoir judiciaire, « *il n'y a pas de structures qui prennent en charge des problématiques psy avec addictions de personnes qui sont dans le déni de leurs difficultés ou qui n'acceptent pas de manière volontaire des soutiens, mais qui se mettent en grave danger, et pour lesquels on n'a pas d'alternatives* ».

Ces remarques mettent en lumière un fait intéressant indirectement lié au propos précédent : les jugements et prises de décision qui émanent de la justice se basent fréquemment sur des expertises psychiatriques, autrement dit, la perspective psychiatrique exerce une influence importante, le diagnostic permettant d'évaluer une situation donnée et de se prononcer, tel que cela est aussi ressorti des propos de la procureure.

Ces expertises psychiatriques s'avèrent indispensables, mais elles correspondent à une vision bien déterminée d'un champ professionnel spécifique et pourraient être éventuellement complétées par d'autres diagnostics, par exemple émanant de spécialistes du travail social. Cela serait ainsi en phase avec les postulats du réseau addiction qui signalent que les évaluations et indications sont réalisées par un binôme médicosocial, et rejoint par ailleurs les conclusions d'une étude menée dans le canton de Vaud qui souligne l'importance d'une intervention médicosociale collaborative et d'une démarche interdisciplinaire dans l'accompagnement en situation d'addiction (Tharin, 2014).

Dans le cas de cette enquête, cette sorte de monopole de l'expertise psychiatrique pourrait expliquer un nombre élevé d'exécutions de mesures thérapeutiques institutionnelles, cette fois non pas en vertu des articles 60-61, mais de l'article 59 qui concernent les auteurs d'infractions souffrant de troubles psychiques (CNPT, 2020). Ces derniers effectuent ainsi fréquemment leur mesure dans des établissements psychiatriques forensiques, dans des établissements d'exécution des mesures spécialement aménagés ou, en cas de risque d'évasion, dans des établissements pénitentiaires fermés (Ferreira & Maugué, 2017).

5.4.2 Critiques et perspectives

Au niveau des critiques, bien qu'il ait été question de parcours jugés exemplaires, c'est-à-dire qui ont débouché sur une réinsertion socioprofessionnelle (sans qu'il y ait par exemple d'interruption) un certain nombre de remarques plutôt négatives ont également été formulées. Elles concernent essentiellement l'encadrement jugé dans certains cas trop flexible, tel que le reflète ce commentaire d'un professionnel :

« Ce que je pourrais dire de mon côté, les deux manques que je peux constater par rapport à nos besoins (...), c'est que parfois ces personnes, sur le plan pénal, elles auraient besoin d'un encadrement plus fermé

qu'un foyer ouvert, c'est-à-dire il faudrait qu'en tous cas au début du placement il y ait un secteur fermé qui permette que les gens ne fichent pas le camp, le temps qu'ils s'habituent. Je sais bien que les mesures 60 ce ne sont pas forcément des mesures fermées, mais quand même, pendant une période cela serait bien qu'il y ait un secteur sécurisé pour empêcher la fuite le temps que les personnes se stabilisent et trouvent des stratégies pour tenir et ne pas fuguer, cela serait une bonne chose ».

Pour prendre un autre témoignage à ce sujet, une procureure fait une différence entre la « lourdeur » des cas : pour des cas relativement légers — elle donne comme exemple les affaires de violences conjugales — et lorsque « *c'est une personne assez stable qui a une famille, un entourage, un travail, et qui a des problèmes d'addiction qui sont graves, mais pas excessifs, et qu'il y a quand même une vie sociale à côté* », les mesures institutionnelles thérapeutiques donnent de meilleurs résultats. Par contre, elle se montre plus sceptique pour les cas « un peu plus lourds » et « très lourds » d'un point de vue pénal. Un autre procureur introduit également la notion de parcours de vie : « *Cela dépend du parcours de vie de la personne. Là, typiquement, ces derniers jours j'ai eu affaire à de gros récidivistes, qui ont eu l'opportunité, comme consommateurs et comme trafiquants, de faire des traitements institutionnels pour lesquels ils ont entrepris une démarche, mais qui n'a pas abouti parce que d'entrée de cause cela n'allait pas, on ne va pas le faire. Maintenant, pour un premier intervenant qui n'est pas connu, pas répertorié, et qu'il n'y a pas un trafic très important, mais qui appelle à l'aide parce que c'est un moment dans sa vie qui semble être charnière, alors je n'hésiterais en tous cas pas à offrir cette alternative.* »

En définitive, le succès des mesures institutionnelles semble reposer sur plusieurs critères aussi bien sur le plan individuel que celui collectif (travail en réseau) :

- L'adhésion de la personne concernée au projet de soin, en l'occurrence la mesure institutionnelle.
- La prise en compte de l'environnement social de la personne au-delà du strict aspect de la consommation.
- Les diagnostics psychiatriques qui sous-tendent en partie les décisions de justice pourraient ainsi être également complétés par des expertises sociales.
- Les nécessaires dialogues et coopérations entre les différents champs professionnels ; de ce point de vue, certaines expériences cantonales positives pourraient être capitalisées et envisagées dans d'autres cantons.

Apport du résidentiel : perspective des partenaires

Différences de perspectives : à savoir si le cadre doit être rigide ou plutôt flexible, ou encore si la consommation contrôlée est conciliable avec le concept même de résidentiel sociothérapeutique (point 5.1).

Convergences : besoin de lieux protégés où les usagers puissent bénéficier d'un accompagnement intensif sur la durée ; thème de la co-construction et de la coopération entre bénéficiaires et professionnels dans la recherche de solution (point 5.1).

Interface entre résidentiel et ambulatoire : la différence et la complémentarité entre ces deux types d'institutions résident dans les besoins des bénéficiaires en termes : 1) d'intensité du suivi, et 2) de structuration (points 5.2).

Apport pour les partenaires : le résidentiel permet de mieux gérer certaines situations :

- Consommation à risque ou perte de contrôle de la consommation qui débouche sur une hospitalisation.
- Situations marquées par des difficultés au niveau de l'insertion sociale et professionnelle, renforcée par un phénomène de stigmatisation.
- Situations plus spécifiques de difficultés d'accès au marché du travail, notamment pour des personnes sous TAO.
- Des situations résultant de traumatismes souvent conjugués avec des troubles psychologiques
- Des situations qui demandent un réapprentissage des rythmes « naturels », de la relation avec autrui et de la gestion des consommations.
- Des problèmes judiciaires en lien avec l'addiction. Dans ces situations variables, les autorités peuvent ordonner un placement au sein des institutions (point 5.3).

Perspectives de la justice : l'analyse des informations diverses permet de mettre en évidence des facteurs de succès des mesures institutionnelles thérapeutiques : 1) adhésion de la personne concernée au projet, 2) prise en compte de l'environnement social de la personne, 3) rééquilibrage entre diagnostic psychiatrique et expertise sociale, 4) dialogue et coopération interprofessionnelle (point 5.4).

Apports pour le réseau sociosanitaire : désengorgement de certains services par le biais des prestations résidentielles ; allègement de la pression qui s'exerce en particulier sur le milieu hospitalier ou encore des services sociaux (en plus des points précédents, voir les études de cas (point 7 du rapport)).

Tableau 3: synthèse perspective des partenaires

6. Le résidentiel : obstacles et défis

Un certain nombre d'obstacles ont été identifiés sur la base des propos des différents publics cibles de cette enquête. Ces derniers ont précisément été recoupés afin de distinguer quels sont les défis les plus importants aussi bien pour les professionnels au niveau institutionnel que pour les bénéficiaires. Une fois identifiées, les causes sous-jacentes sont examinées.

6.1 Diversité des projets sociothérapeutiques et hétérogénéité des publics

Une faiblesse qui a été identifiée est celle du « mélange » de publics assez distincts au sein d'une même institution, aspect qui a été mentionné par différents acteurs, en particulier de la catégorie « partenaires ». C'est une dimension qui a été relevée lors d'entretiens auprès : 1) d'un participant à l'enquête provenant du milieu hospitalier, 2) d'une autre personne travaillant dans un service de curatelle, 3) de deux résidents lors d'un entretien groupal, 4) d'une intervenante dans un centre bas-seuil, et 5) d'une proche d'une personne concernée.

Par « publics distincts », il faut entendre des bénéficiaires qui ont des projets relativement différents, soit principalement de parvenir à une abstinence pour les uns, et de parvenir à mieux gérer leurs consommations pour les autres. Dans ce schéma, les premiers éprouvent des difficultés à consolider leur projet, étant donné qu'il y a des moments et lieux d'interactions avec les seconds qui continuent à consommer. Même si cette consommation s'effectue « en cachette » ou n'est pas ostentatoire, cela représente une influence négative et fragilise les projets d'abstinence en restimulant des envies et en exerçant un certain effet de sape sur la volonté et la confiance notamment.

L'un des répondants au questionnaire (pour les « partenaires ») souligne à ce propos dans les remarques et suggestions qu'il est « *important de différencier les structures qui visent un projet basé sur l'abstinence de consommations de ceux basés sur une réduction des consommations, la cohabitation (...) semble problématique pour les résidents et les intervenants* ». En effet, dans un schéma de mixité des populations, il semblerait que tout le potentiel du groupe, tel qu'il a été décrit (voir point 3.5), s'en trouve amoindri.

Pour leur part, les résidents pointent du doigt deux types de situations qui pourraient fragiliser leurs projets :

- Le premier renvoie aux dimensions évoquées auparavant : le fait que certains résidents consomment a un impact négatif sur leurs objectifs et leur volonté. « *On ne vient pas ici pour se droguer et puis faire envie aux autres qui sont ici pour s'en sortir. Il y en a certains, voilà, ils ont un manque d'éducation, de savoir-vivre, c'est ce qui fait qu'ils sont comme ça dégradants. Mais heureusement qu'il y a l'équipe, ils réagissent assez bien quand même, je trouve.*

Ils font ce qu'il faut, quoi, on sent qu'ils font ce qu'il faut ». On remarquera au passage que le propos n'est pas dénué d'une certaine vision morale à travers les dichotomies « ne pas se droguer »/« se droguer » et « s'en sortir »/« être dégradant ». Cette dimension sera approfondie ultérieurement (voir point 6.3.4).

- L'autre concerne davantage les différences d'un point de vue générationnel et de situation de vie. Un résident explique en effet que le groupe lui apporte « très peu ». Il justifie son point de vue en établissant certaines distinctions, entre les « jeunes qui ont toute la vie devant eux » ou des personnes comme lui (père de famille, divorcé, 40 ans) qui ont besoin « de redémarrer dans la vie » d'un côté, et des « personnes surtout âgées », avec de « grosses pathologies » et « paumées » de l'autre. « *Lorsque je suis arrivé ici, j'ai eu l'impression d'arriver dans un home* », affirme-t-il en ajoutant qu'« *avec ce mélange, c'est difficile d'avoir une espèce de dialogue de groupe* ».

Ces éléments sont anecdotiques et difficilement généralisables, toutefois il convient de les prendre en compte dans le sens où ils illustrent certaines difficultés qui peuvent surgir lors des dynamiques de groupe qui ne sont pas forcément synonymes de cohésion, de partage et d'harmonie. Cela rappelle le rôle important qu'est amené à jouer le personnel de l'institution, tel que cela est souligné dans le premier témoignage.

Il faut encore prendre en compte que les bénéficiaires ont parfois des besoins et aspirations différents. Bien qu'il s'agisse de cas minoritaires, des personnes ont évoqué la nécessité d'évoluer dans un cadre assez strict avec une certaine discipline. On peut déceler dans certains propos — un résident explique par exemple qu'il est nécessaire qu'il y ait « un cadre, des règles et des punitions si on consomme » — un besoin de contraintes. Cela rejoint des observations d'autres acteurs interviewés qui sont formulées de manière différente, mais qui présentent des similitudes. Il s'agit par exemple d'une attente exprimée par des intervenants du secteur de la justice — tel que cela sera abordé plus en détail dans la section dédiée à ce sujet — qui mettent l'accent sur la nécessité d'un « suivi plus serré, plus rigoureux, plus de cadre, plus de restrictions ou plus d'interdictions ». Les professionnels du résidentiel quant à eux parlent davantage d'« accompagnement très structuré » pour reprendre l'expression de l'un d'entre eux, mais l'idée est également la même. Il convient ainsi de prendre en compte que même si la grande majorité des bénéficiaires aspirent à « se prendre en main » par eux-mêmes et souhaitent bénéficier d'une certaine liberté de choix et de décision, un petit nombre préfère un schéma plutôt cadrant, et que leur liberté de choix soit précisément restreinte.

Au vu de ces constats, de petites structures « à taille humaine » avec un nombre relativement restreint de résidents ayant en commun des problématiques similaires semblent préférables, dans le sens où elles favorisent les interactions face à face, les relations interpersonnelles, la communication ainsi que les échanges et réduisent par là même d'éventuels phénomènes d'incompréhension ou de postures asymétriques, que cela soit des résidents entre eux ou dans leurs relations avec le personnel. En définitive, l'idéal

réside dans le fait de proposer un éventail de prestations résidentielles correspondant à des projets, problématiques et situations différentes, en l'occurrence et concrètement de pouvoir proposer, voire combiner, différents lieux d'accueil, par exemple l'un pour des personnes souhaitant retrouver une consommation raisonnée, et l'autre pour des bénéficiaires voulant expérimenter l'abstinence (d'autres exemples seront mentionnés dans la partie sur les innovations et bonnes pratiques).

6.2 Interface entre le résidentiel et la société

Le décalage entre le cadre protégé du résidentiel et le retour à un type de normalité en société a été soulevé à plusieurs reprises par divers informateurs des trois publics cibles de l'enquête. Ces derniers relèvent le fait que le séjour en résidentiel constitue par exemple « une parenthèse » (un résident), « un cocon » (un professionnel du résidentiel), « une bulle » (un professionnel de la RDR), ou encore « une cloche » (un médecin). Il peut y avoir ainsi une discordance considérable entre ce cadre protégé et sécurisé, et le contexte extérieur qui peut s'avérer difficile, voire hostile, tel que cela sera abordé par la suite.

Comme le souligne le praticien évoquant la métaphore de la « cloche », le résidentiel met les bénéficiaires « à l'abri de bien des soucis qu'ils vont vite retrouver quand ils sortent ». Il s'agit d'un postulat auquel nombre de professionnels du résidentiel répondraient que ce type d'institution permet précisément d'acquérir des ressources en vue de limiter ou mieux gérer les soucis de la vie quotidienne. La vérité se situe probablement entre ces deux pôles correspondant à des visions et cultures professionnelles différentes.

Dans tous les cas, comme tous les moments de transition en général, la sortie de l'institution peut s'avérer compliquée et contribuer à des épisodes de crises ou de reconsommation souvent évoquées en termes de « rechutes ».

Il est intéressant de remarquer que la plupart des bénéficiaires perçoivent ce phénomène avec beaucoup de lucidité, tel que le reflètent les propos suivants : « *C'est vrai qu'on passe de bons moments, mais on est quand même toujours, toujours, toujours avec quelqu'un derrière, que cela soit un éducateur ou un résident. On aura très peu de moments seul et au final on s'habitue presque à dépendre de quelqu'un, et faut pas, il faut plus penser à soi, et plus compter sur soi... Donc ça peut être bien, si on n'est pas bien, mais après ça peut devenir aussi un peu négatif.* »

Alors qu'il est question de la durée des séjours lors d'un focus group, un autre résident fait également observer que « *passer une trop longue période, c'est vrai que c'est artificiel. À l'extérieur, on n'aura pas quelqu'un qui va nous dire à quelle heure nous lever, etcétera, tout ce cadre-là il est nécessaire quand on arrive, peut-être plus pour certains que d'autres, mais au bout d'un moment il faut bien se dire que personne ne sera là pour mettre en place cette structure ; ça sera à nous même de la reconstruire et puis de la mettre en place.* »

Non sans un certain recul critique, certains professionnels expliquent également que « *les gens, quand ils sont ici, quelque part de plus en plus, ils ne fonctionnent pas trop mal, mais en fin de*

compte, et je crois que c'est l'évaluation que l'on fait aussi, on se dit : ils fonctionnent, mais c'est le cadre, c'est le contexte de vie, c'est le cadre institutionnel avec l'accompagnement professionnel qui permet cette stabilité qui reste relative».

Au vu des informations recueillies, ce qui est perçu parfois comme une « artificialité » ne constitue pas une propriété intrinsèque des institutions résidentielles, mais dépend de facteurs extérieurs. Un parallèle peut être établi avec d'autres milieux éducatifs, tels que l'école : l'apprentissage d'une langue dans le cadre scolaire, par exemple, se réalise dans un milieu fermé marqué par des statuts, rôles et dynamiques de la part des enseignants et des élèves ; la langue est enseignée et apprise dans une approche didactique et hors de son cadre « naturel », ainsi le maintien ou le perfectionnement des connaissances et compétences dépendra de la pratique dans d'autres milieux où la langue est parlée plus spontanément au quotidien et en dehors de l'institution éducative. Si les possibilités de pratiquer sont restreintes, la langue peut se perdre ce qui renforcera également la représentation du cadre scolaire et des pratiques didactiques comme étant « artificiels ».

De ce point de vue, il en va de même avec la dimension « cocon » du résidentiel : ce dernier est d'autant plus perçu de la sorte lorsque les opportunités de mettre en place les ressources acquises sont extrêmement limitées hors de l'institution, d'où une préoccupation importante des professionnels, à savoir de « rester connectés le plus possible à la réalité de la vie en société » pour reprendre les termes de l'un d'eux¹⁸. Toutefois, pour certains publics, la connexion avec une société ayant considérablement évolué sur le plan des valeurs et du travail notamment, et où les pressions sociales se sont intensifiées, reste difficile, comme le reflète un nombre significatif de parcours.

6.3 Parcours cycliques, sortie de l'institution et « rechutes »

Le caractère cyclique de certaines trajectoires de soin est un thème transversal auquel les différents publics cibles attachent de l'importance. Par « caractère cyclique », il faut entendre des parcours comprenant un séjour en résidentiel, puis une « rechute » — pour reprendre ce terme communément employé par les différents informateurs, à l'instar d'une intervenante ayant travaillé aussi bien dans le résidentiel que dans le bas seuil qui indique : *« C'était souvent en posture que les parcours se cassaient la figure. Ils avaient fait une année ou deux ans de thérapies, leurs quatre phases, et un suivi en ambulatoire, et puis c'est souvent là que la rechute revenait. »*

Dans bien des cas, suite à cette « rechute », la personne effectue un nouveau séjour généralement dans une autre institution, voire plusieurs séjours et plusieurs rechutes

¹⁸ Plusieurs modalités d'ouverture vers l'extérieur sont envisagées selon les institutions, les problématiques des bénéficiaires ou encore du régime sous lequel ils se trouvent (les possibilités varient si la personne a par exemple intégré le résidentiel sur le conseil de son entourage ou s'il s'agit d'un placement pénal).

s'échelonnant sur des périodes relativement longues, soit parfois d'une dizaine ou vingtaine d'années.

Ce genre de témoignage d'un bénéficiaire illustre à la fois la complexité et une certaine chronicité dans les parcours : *« Moi j'ai beaucoup essayé. En fait il y a une vingtaine d'années, j'ai commencé à faire des sevrages pour l'alcool, et puis au début je pensais que c'était vraiment la solution le sevrage, en fait je suis ressorti, et puis il y a eu beaucoup de rechutes, du coup j'ai vu qu'après des années d'expériences d'ambulatoire, résidentiel, ambulatoire, résidentiel, dans le résidentiel il y a une structure pendant un moment pour construire la suite de la vie. »*

De manière générale, si la notion de « rechute » est fréquemment utilisée pour évoquer tantôt des épisodes de reconsommation, tantôt une consommation qui redevient problématique, force est de constater qu'elle prend des acceptions différentes selon les publics cibles. Alors que les professionnels tendent à la considérer comme une étape qui peut y compris ouvrir des potentialités en termes d'apprentissage et réflexions, elle est davantage appréhendée comme un revers et suscite de la frustration auprès des bénéficiaires. Quant aux perspectives des partenaires sur ce point, elles varient, cependant des représentations plutôt négatives prédominent, en particulier émanant des acteurs qui ne font pas directement partie du réseau addiction.

Il convient ainsi d'examiner la notion ainsi que les idées qu'elle véhicule. La « rechute » est souvent perçue comme une sorte de « retour à la case départ » ou de « retour à zéro », soit en fin de compte comme une stagnation ou un échec. Or, comme il a été signalé, la « rechute » ne constitue pas seulement l'aggravation d'un état ou d'une situation, mais également une étape dans un parcours, voire une opportunité pour analyser son comportement et identifier les facteurs déclencheurs.

À ce sujet, le directeur d'un centre bas seuil formule certaines remarques qui interrogent la cyclicité des parcours en soulignant que ceux-ci peuvent s'apparenter parfois davantage à une spirale vertueuse — qui comprend plusieurs séjours en résidentiel au cours desquels la personne se reconstruit — qu'à un cycle qui recommence invariablement après chaque nouvelle entrée en institution. *« Il y a des gens aussi, un jour ils y arrivent, et je pense que c'est ça qui est génial, c'est qu'ils ont l'impression de s'être plantés [dans telle ou telle institution] et puis tout à coup, il se passe quelque chose et puis ils y arrivent. Alors c'est parce qu'ils ont rencontré quelqu'un qui était meilleur que les autres, et c'est peut-être aussi qu'à chaque endroit ils ont pris un petit peu de quelque chose et puis qu'à un moment donné ils ont réussi à mettre tout ça ensemble et à en faire quelque chose ».*

Il s'agit de constats qui ont été faits depuis des années déjà dans les approches centrées sur le rétablissement, en particulier en santé mentale, et qui font progressivement l'objet de réflexions dans le champ des addictions en Suisse romande. C'est aussi la raison pour laquelle le courant du rétablissement bénéficie d'un écho grandissant dans les institutions résidentielles où les professionnels sont confrontés à certains phénomènes similaires à ceux qui surviennent dans le domaine de la santé mentale, par exemple la « rechute dépressive » qui ne doit pas être uniquement perçue comme un « échec ».

Au-delà de ces aspects, il faut prendre en compte que la notion de rechute maintient une certaine adéquation avec l'approche centrée sur l'abstinence et la réinsertion. Elle constitue en effet un indicateur simple qui établit une distinction binaire : la consommation ainsi que la « rechute » sont communément perçues, culturellement et socialement, comme des échecs, et la non-consommation à une réussite. Cet indicateur est aisément quantifiable et traduisible en pourcentage, et de surcroît facilement vérifiable ou contrôlable au moyen de tests de dépistage. Il représente ainsi des avantages certains, mais sa séduisante simplicité et facilité d'usage ne doivent pas conduire à un éblouissement qui laisserait dans l'ombre d'autres aspects de la réussite, plus complexes, plus centrés sur l'environnement social de la personne, et moins appréhendables par le biais de statistiques, dont un certain nombre a été évoqué dans la partie sur les spécificités du résidentiel du point de vue des bénéficiaires (voir point 3). Au contraire du fait de consommer ou non des produits, le fait de retrouver de la confiance ou de l'estime de soi est beaucoup plus subjectif, et n'engendre que rarement des réponses qui seraient uniquement positives ou négatives.

Autrement dit, la « rechute » ou reconsommation pourrait constituer un indicateur, en particulier si l'abstinence est au cœur du projet du bénéficiaire, toutefois il n'est pas suffisant et doit être complété et nuancé par d'autres indicateurs au risque de n'avoir qu'une perspective partielle de la réalité de l'apport du résidentiel.

Par ailleurs, le phénomène d'alternance entre lieux de sevrage, suivis en ambulatoire et séjours en résidentiel — parfois ponctués de séjours aux urgences hospitalières et en prison — a également été abordé en termes négatifs, par exemple de « tourisme résidentiel » ou encore de « nomadisme » notamment par des intervenants sociaux. Ces expressions sont utilisées de manière différenciée, généralement non sans distance critique, et chaque acteur lui attribue un sens particulier, subjectif et déterminé par un contexte. Dans ce sens, les réflexions suivantes ne concernent pas tant les émetteurs du message, mais l'expression en soi et le pouvoir performatif des mots.

En effet l'analogie n'est pas aussi anodine que de prime abord, mais révélatrice de certaines manières de penser au niveau sociétal. En effet lorsqu'il se réfère au contexte des addictions, le « tourisme » est connoté négativement et suggère qu'il pourrait y avoir un choix délibéré. En outre, sont également associées au tourisme les idées d'oisiveté, de villégiature, de temps libre ou encore de loisir, qui se trouvent à l'exact opposé de la situation réelle des personnes aux prises avec l'addiction. Ce contre-pied paradoxal pourrait renvoyer à une certaine frustration face aux difficultés d'anticiper ou de maîtriser les parcours des bénéficiaires, phénomènes qui à leur tour font écho à la difficile typologisation ou modélisation de parcours face aux aléas et à l'imprévisibilité (voir point 5.2.3).

Dans tous les cas, même si le résidentiel n'est pas exempt d'activités occupationnelles ou liées à des loisirs, les parcours marqués par des « rechutes » renvoient davantage, selon les

informations recueillies, à un processus de désaffiliation et disqualification sociale, ainsi qu'à une grande fragilité psychique des personnes.

Par « désaffiliation sociale », il faut entendre un processus qui équivaut à un « décrochage par rapport aux régulations à travers lesquelles la vie sociale se reproduit et se reconduit » (Castel, 2009 : 302). Quant à la « disqualification sociale », elle renvoie au phénomène « d'affaiblissement ou de rupture des liens de l'individu avec la société au sens de la perte de la protection et de la reconnaissance sociale. L'homme socialement disqualifié est à la fois vulnérable face à l'avenir et accablé par le poids du regard négatif qu'autrui porte sur lui » (Paugam, 2012).

À leur tour, ces phénomènes de désinsertion non seulement sociale, mais également professionnelle découlent de changements structurels importants, notamment sur le marché du travail dont l'accès est devenu progressivement un privilège, ou encore l'accès au logement, qui se conjuguent avec d'autres facteurs tels que la stigmatisation et discrimination des personnes en situation d'addiction. Ces raisons sont étroitement liées et se renforcent mutuellement ; elles peuvent ainsi entraîner un mouvement de spirale descendante conduisant à des épisodes de reconsommation problématique.

De la même manière, il faut aussi prendre en compte qu'il y a certains facteurs qui peuvent également jouer un rôle sur les épisodes de crise et reconsommation, et sur lesquels les personnes n'ont pas de prise — le décès ou la maladie d'un proche, tel que cela a été relaté à plusieurs reprises par des bénéficiaires — ou alors une prise limitée et relative, par exemple une séparation avec le ou la conjointe, ou encore un licenciement (qui sont également des dimensions qui ont été évoquées lors d'entretiens), soit autant d'évènements qui déstabilisent et fragilisent les individus de manière générale.

En définitive, le fait d'effectuer un deuxième ou un troisième séjour dans une institution résidentielle ne procède pas tant de choix délibérés ou intentionnels, mais plutôt des contraintes de l'environnement dans ses dimensions socioculturelle, économique, familiale ou encore relative à l'emploi. En d'autres termes, la « rechute » se doit davantage à des facteurs structurels, tels qu'ils sont exposés ci-après, qu'à des facteurs intrinsèques à l'individu.

6.3.1 Difficultés d'insertion professionnelle

Bien que le travail puisse parfois être source de stress, et plus largement de souffrances, il constitue également, au-delà des revenus qu'il procure, un important facteur de socialisation et d'intégration sociale de par son caractère relationnel, sans compter les divers apports qu'il peut avoir sur un plan psychologique : satisfaction, renforcement de la confiance en soi, reconnaissance sociale, ou encore de « dignité personnelle » et de « stabilité familiale » pour reprendre les postulats de l'Organisation Internationale du Travail (OIT, 2006). Il peut également constituer dans certains cas une motivation à rester dans une abstinence durable ou à favoriser une meilleure gestion de la consommation,

comme le soulignent certains professionnels, dans le sens où il peut s'agir parfois d'un moyen pour parvenir à des fins, par exemple s'intégrer socialement, ou encore de bénéficier de revenus afin de s'adonner, par exemple, à une passion ou un loisir.

Or, les options et marges de manœuvre pour les usagers et bénéficiaires en termes de réinsertion professionnelle semblent limitées, ce qui explique en partie le phénomène de reconsommation, surtout quand cela se conjugue à un isolement social.

Il y a certes des dimensions intrinsèques et sociales étroitement liées au parcours individuel des personnes (rupture de scolarité, problèmes familiaux, casier judiciaire, etc.), ainsi que le problème du « trou dans le CV » évoqué par certains bénéficiaires, c'est-à-dire un manque d'informations et de justifications concernant la ou les périodes en résidentiel, toutefois il faut prendre également en compte des aspects structurels relatifs au marché du travail.

Force est de constater des transformations importantes durant les deux dernières décennies, aussi bien au niveau international qu'en Suisse. Dans le cas helvétique, on observe notamment une intensification du travail, une hausse des emplois hautement qualifiés, davantage d'instabilité, et dans une certaine mesure de précarité (CDD, travail en intérim, stages, « ubérisation » de l'économie). Il faut aussi prendre en compte que les progrès technologiques et la numérisation de l'économie ont conduit à des transformations importantes dans le monde du travail, soit un transfert de l'emploi vers les branches à forte intensité technologique et cognitive exigeant de hautes compétences (Conseil fédéral, 2017). Ce transfert équivaut également à un déclin de certaines professions exigeant moins de compétences.

Il y a ainsi de profondes mutations du milieu du travail qui ont un impact sur la réinsertion professionnelle des bénéficiaires. Il s'agit d'une dimension qui est ressortie auprès de tous les publics cibles de l'enquête, à la manière d'un bénéficiaire qui explique lors d'un focus group : *« Pour trouver du boulot, c'est galère, il y en a qui préfèrent engager des gens qui ont déjà un boulot. »* Cette affirmation peut aisément être mise en lien avec d'autres témoignages de professionnels, par exemple un collaborateur d'une structure bas seuil qui s'interroge sur la sortie du résidentiel, tout en mettant en lumière certains déterminants socioculturels, ainsi que le système de valeur de la société suisse où le travail occupe une place prépondérante : *« Je pense qu'il y a des fois une prise de conscience un peu brutale où la personne se demande : mais qu'est-ce qu'il me reste dans la vie de tous les jours pour pouvoir être quelqu'un ? Et en Suisse, être quelqu'un c'est avoir un boulot, d'ailleurs on te demande ce que tu fais comme job avant de te demander ton nom. Et puis souvent cette dimension de l'employabilité est très forte, très marquée. »*

Pour sa part, un professionnel du résidentiel aborde cette question dans les termes suivants : *« Comme le canton de va pas payer de double mesure, nous on va essayer de feinter un peu avec ça, et se dire : bon ben voilà, on va trouver des patrons dans la région, des artisans qui sont OK pour prendre nos pensionnaires en stage sur une durée indéfinie, ça peut être une semaine ou deux, trois, quatre mois. À 50, 60, 70 %, mais c'est au bon vouloir des artisans de la région, et il y en a de moins en moins »*

de ces patrons-là. Je veux dire, les entreprises familiales qui ont cette capacité psychologique d'accueillir quelqu'un qui a des difficultés, ce n'est pas évident. On a le sentiment, finalement, déjà qu'avant c'était quand même une niche ce milieu de l'addiction. Après, les critères sociaux sont quand même de plus en plus élevés, alors forcément une partie de la population sera encore plus marginalisée qu'avant. C'est ce que je ressens pour les années à venir. »

D'autres facteurs peuvent avoir un impact sur la réinsertion professionnelle, par exemple la situation géographique qui peut se conjuguer avec des difficultés de déplacements. En effet, dans certaines régions qui sont plus éloignées des centres urbains, les opportunités d'emploi sont également plus limitées. Cela implique des trajets plus conséquents, ce qui n'est pas toujours facile, comme l'explique un professionnel de la RDR : « *Si tu es dans une région perdue, tu ne trouveras pas forcément de boulot. Donc, il faudra peut-être avoir un moyen de déplacement et acheter une voiture, mais il faudra récupérer son permis, ou le passer si tu ne l'as pas.* »

Enfin, un nombre significatif de bénéficiaires sont endettés, ce qui peut également entraver le processus de réinsertion professionnelle dans le sens où les dettes ont indirectement une répercussion sur la motivation des personnes à reprendre une activité professionnelle. Le résidentiel peut permettre dans certains cas une sorte de « break » ou de « lâcher prise », pour reprendre des termes utilisés par les bénéficiaires lorsque le thème des dettes a été abordé, toutefois la sortie de l'institution peut s'avérer compliquée. Comme l'explique un professionnel : « *Si la personne a des dettes, elle va se retrouver à l'aide sociale en sortant, elle va gagner son salaire, je ne sais pas 3000 ou 3500 francs, et on va lui saisir de l'argent jusqu'à la hauteur de l'aide sociale, donc pour elle il n'y a même pas la motivation économique qui pourrait l'aider à se motiver à se lever tous les matins, et si le travail n'est pas intéressant ou difficile, tu préfères rester à l'aide sociale, donc oui, surtout si c'est un boulot pénible où tu dois te taper un patron ou des clients exécrables, je ne sais pas... C'est pour dire qu'il n'y a même pas d'intérêt économique. Parce que l'argent peut être un moyen de mener à bien des projets ou une passion, de dire, je me suis découvert une passion, j'investis tout ce que je vais gagner en plus dans ma passion, cela m'apporte suffisamment de satisfaction pour pouvoir vivre avec ce projet-là.* »

6.3.2 Accès limité au logement

L'analyse des informations concernant les difficultés rencontrées par les bénéficiaires suite à la sortie de l'institution mettent également en évidence des problèmes d'accès au logement pour les personnes qui n'ont pas d'options d'hébergement propre. Dans ce type de cas, la situation s'avère compliquée : l'accès au logement est en partie conditionné par le statut professionnel, ainsi, lorsque le processus de réinsertion professionnelle comporte en soi un certain nombre d'obstacles, tel que cela a été décrit auparavant, cela rend la recherche de logement d'autant plus difficile.

En outre, tout comme le travail, le logement est un facteur de stabilité, de cohésion sociale, ou encore de bien-être, et à l'inverse, son absence peut être synonyme de stress et de vulnérabilité. Certaines études font également le lien entre le manque de logement (ou le

« mal logement ») et les problématiques de santé mentale, telle que la dépression. De même, bien qu'il ne s'agisse pas de corrélations directes, certaines tendances ont été observées, à savoir par exemple le fait de ne pas avoir d'hébergement durable et les risques d'incarcération et de récidive (Baronnet, 2012).

À la sortie de l'institution, les bénéficiaires qui n'ont pas ou plus d'hébergement sont confrontés à des difficultés considérables pour se loger. Dans certaines régions urbaines, par exemple sur l'arc lémanique, les possibilités sont limitées par le taux de vacance relativement faible, ainsi que les conditions exigées par les gérances immobilières (garantie de bail, fiches de salaire, production d'extraits de poursuite), ce qui peut représenter des barrières importantes pour les personnes. Un éducateur fait d'ailleurs remarquer que les personnes que l'institution accueille *« sont de plus en plus dans une situation de précarité biopsychosociale, avec, pour certains aussi, des perspectives d'insertion par le logement classique qui sont compromises »*. Cela amène d'ailleurs les professionnels à remettre en question certaines notions ou postulats qui ont prédominé lors de leurs formations et dans leur champ professionnel, tel que le « travail social à visée transformatrice ». Alors qu'il est question des principaux objectifs du résidentiel, un éducateur explique qu'il considère le résidentiel davantage comme un « lieu d'insertion possible » que d'un lieu menant vers une réinsertion : *« C'est là où je rediscute la notion du “thérapeutique” qui est là effectivement dans son sens premier et historique qui est de dire : on va soigner dans l'idée d'insérer “hors de”, et je pense qu'en tous cas aujourd'hui elle est remise en question, avec le sentiment qu'il y a un basculement de la logique résidentielle d'une époque où les gens avaient plus de ressources et plus de compétences venaient en résidentiel parce que c'était “haut seuil” et aujourd'hui, je pense que les gens qui ont plus de ressources sont plutôt tournés sur l'extérieur, sur les offres ambulatoires. Et définitivement la question du résidentiel aujourd'hui, c'est la précarité qui est de plus en plus une porte d'entrée, la question du logement aussi. »*

Il faut prendre en compte que le résidentiel peut ainsi devenir également une possibilité au gré d'un contexte marqué par la précarité et des conditions d'hébergement difficiles. En d'autres termes, le caractère cyclique des parcours pourrait également se devoir à un environnement contraignant, éprouvant, instable, peu sécurisé ou encore changeant, ne serait-ce que sur le plan saisonnier ou climatique : pour des personnes qui alternent des nuits dans des foyers d'hébergement d'urgence, dans la rue ou l'espace public, ou encore chez des tiers, l'arrivée de l'automne puis de l'hiver complique la donne. Ainsi, présenter une demande d'admission dans un centre résidentiel peut s'avérer être une possibilité, ce qui renvoie au choix en termes de coûts-bénéfice, à la rationalité, à la capacité de mobiliser certaines ressources, ou encore à l'évaluation d'une situation, dont font preuve de nombreux usagers, à l'instar de la population en général. Dans tous les cas, à la différence du tourisme, il ne s'agit pas de choix planifiés et intentionnels, mais contraints par un cadre socioéconomique, institutionnel ou encore urbain.

6.3.3 Difficultés d'intégration sociale

Intimement liée aux dimensions de l'intégration professionnelle et de l'accès au logement, l'intégration sociale constitue dans certains cas un obstacle important à la mise en œuvre et à la mobilisation des ressources qui ont été acquises lors du séjour en résidentiel. En effet, comme il a été abordé, le résidentiel a un rôle bénéfique, par exemple sur l'estime de soi, sur la confiance ou encore sur le sens des responsabilités ; il permet parfois en outre un réapprentissage d'aptitudes, telles que l'écoute, la capacité à dialoguer et prendre la parole devant des tiers, et il va sans dire que dans cette optique, le groupe ou la communauté joue un rôle fondamental.

Toutefois, comme s'interroge un professionnel : *« Qu'est-ce qui se passe après ? Je sors et puis quoi ? Comment se préparer ? C'est très facile de sortir, mais pour aller où ? Vers quel entourage ? »* Ces questions reflètent des préoccupations communes aux différents publics cibles, à savoir l'absence de réseau social, ainsi qu'un phénomène d'isolement des personnes après la sortie de l'institution. Il s'agit d'aspects qui sont ressortis lors d'entretiens et focus groups avec les bénéficiaires, certains ayant souligné qu'au début *« ça n'allait pas trop mal »*, mais qu'au fil des semaines *« on revoit des potes »* qui ont l'habitude de consommer, *« et on reprend de mauvaises habitudes »*. Autrement dit, certaines ressources que la personne pouvait mobiliser avec succès dans un cadre relativement fermé avec ses pairs et les éducateurs passent progressivement au second plan, au détriment d'une situation de solitude, ou alors d'une sorte de rapprochement et réactivation du réseau social avec lequel la personne voulait précisément se distancier. Il faut prendre en compte à ce sujet que dans certains cas de figure les pratiques liées à la consommation font partie intégrante de l'identité même des personnes, comme un résident qui explique *« qu'en fait, à un moment donné, quand on est dans le produit et puis le produit ça prend toute la place, enfin, non, ce n'est pas que le produit prenne toute la place, c'est que quand tout ton environnement est lié au produit que cela soit les amis, la copine, les lieux que tu fréquentes, la musique que tu écoutes, ça fait quand même une chîée de trucs à changer »*. Un autre bénéficiaire qui est en train d'effectuer un deuxième séjour revient sur les raisons qui ont motivé ce second séjour en affirmant qu'il faut *« changer son mode de vie, tout ce que l'on a vécu pendant tant d'années (...) et en fait se recréer une nouvelle personnalité »*.

Dans d'autres cas de figure, c'est davantage la solitude, le repli sur soi et l'isolement social qui pose problème. Comme l'explique un professionnel : *« Le réseau, c'est quoi ? Ce sont d'autres personnes en difficulté qui sont tes pairs et qui suivent le même parcours dans l'institution, mais est-ce qu'ils peuvent devenir éventuellement des amis ? Après il y a le réseau des éducateurs ou du personnel de l'institution, mais ce réseau disparaît complètement à la sortie. Et même si on recrée des liens, ce n'est pas forcément avec les éducateurs avec lesquels tu étais, mais c'est peut-être le responsable d'un atelier, parce que tu iras dans un atelier de jour en institution. Et puis le soir quand tu es chez toi, tu es quand même seul. C'est bien la journée, mais le soir quand tu rentres chez toi, il ne va pas y avoir 25 potes que tu peux inviter chez toi. Donc on est vraiment dans quelque chose d'extrêmement complexe. »*

Face à cette situation, certaines personnes se tournent à nouveau vers le groupe d'appartenance qu'elles connaissent, et le « domaine de la consommation de rue », soit des endroits spécifiques de l'espace public, par exemple aux abords des gares, dans des parcs, des places ou encore dans des centres d'accueil bas seuil où se réunissent d'autres usagers ou bénéficiaires qui sont parfois, et en fin de compte, les seuls « membres » ou connaissances du réseau social de telle ou telle personne. « *C'est compliqué de changer de réseau (...) sachant que le lien social pour eux il est ici, avec nous* », explique une éducatrice. En effet, parfois il n'y a plus aucun contact ni attache avec les proches, la famille et plus globalement le monde extérieur, au-delà du résidentiel.

Lors d'un entretien, un éducateur revenait sur le parcours de l'un des résidents en expliquant que lors des sorties pendant le weekend la personne se cachait dans les environs de l'institution, d'une part parce qu'elle n'avait personne à visiter ou qui lui rende visite, et d'autre part, par honte de ne pas avoir un cercle social hormis celui du résidentiel. Même s'il s'agit d'un cas particulier, l'anecdote est illustrative de cette situation d'isolement social.

6.3.4 Stigmatisation

Il existe un phénomène de stigmatisation des personnes concernées par les addictions, en particulier les plus défavorisées, les moins autonomes et les plus dépendantes des services d'aide sociale. Par « stigmatisation » — du grec ancien « stigma » qui signifiait à l'origine la marque au fer rouge infligée aux esclaves pour les distinguer — il faut entendre un processus de discrimination envers un individu ou un sous-groupe d'individu qui s'opère généralement à travers la parole, les actions et les comportements, que cela soit consciemment ou inconsciemment (à travers des stéréotypes par exemple).

Ce phénomène a donné lieu à un certain nombre de théories, notamment dans la sociologie nord-américaine, autour de la déviance aux normes et de l'« étiquetage » : une personne est désignée socialement comme « déviante » — « toxicomane » ou « addicte » en l'occurrence dans le cadre de travail — à tel point que cela devient un véritable statut social, ou une « étiquette » à travers laquelle l'individu est appréhendé et qui s'impose au détriment d'autres « étiquettes » ou facettes qu'il pourrait avoir, par exemple, au-delà de « toxicomane », la personne est également un citoyen, peut-être père de famille, quarantenaire, avoir telle formation, avoir exercé telle profession, être passionné par telle musique ou tel sport, etc. Autrement dit, « étiqueter » une personne équivaut à la considérer sous un unique rapport (Becker et al., 2020). En termes d'Erving Goffman : « nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmaté, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, de classe, par exemple » (Goffman, 1975).

Cette stigmatisation a des implications négatives à plusieurs niveaux, qu'il s'agisse précisément des obstacles et facteurs de « rechute » passés en revue auparavant, soit l'intégration sociale, professionnelle ou encore d'accès au logement. Elle a également un impact important au niveau psychologique du fait qu'elle peut induire des réactions dépressives, une perte de l'estime de soi, des comportements à risque, et plus globalement une détérioration de la qualité de vie des personnes stigmatisées (Bichsel & Conus, 2017).

D'après les divers témoignages recueillis dans le cadre de cette enquête, il convient d'établir différents types de stigmatisation.

- 1) De manière générale et **d'un point de vue sociétal et socioculturel**, il existe une stigmatisation des personnes en situation d'addiction, à l'instar d'autres groupes sociaux minoritaires, et qui est, dans le cas présent, étroitement lié à la pénalisation de l'usage de stupéfiants. Pour reprendre les termes de la Commission globale de politique en matière de drogues, « un individu qui prend des drogues commet un acte illégal, et cela renforce la stigmatisation qu'il subit. La discrimination à son encontre s'en trouve facilitée et ouvre la voie à des politiques qui traitent les gens qui consomment des drogues comme des non-citoyens, appartenant à une sous-humanité, utilisés comme boucs-émissaires pour des problèmes de société plus larges » (GCDP, 2017 : 9).

Cette toile de fond socioculturelle prend des allures différentes selon les pays, dont la Suisse. Elle contribue dans tous les cas à des formes de discriminations plus spécifiques concernant par exemple l'embauche et le logement.

- 2) Un autre type de stigmatisation qui est davantage **d'ordre institutionnel** a été identifié. En effet, les témoignages des différents acteurs de plusieurs dispositifs addiction mettent également en lumière des difficultés d'accès au système de soin et services sociaux. Par exemple un éducateur explique qu'*« il y a un énorme boulot à faire en termes de déstigmatisation. Ils ont des étiquettes, on le voit même avec les soignants, même à l'hôpital ou avec les autres structures partenaires qui travaillent plus au niveau psy, troubles psychiques ou difficultés sociales, il y a encore du boulot à faire, je pense, pour changer le regard »*. Cette dimension se reflète également dans les propos de ce professionnel : *« On se retrouve face à une population qui est vieillissante, et cette étiquette "addicto" ou "ancien addicto" est toujours un peu collée à eux, et puis collent à leurs baskets, et que les différents partenaires peuvent à un moment donné se renvoyer la balle en se disant : non, mais là, la personne elle a eu ou elle a une étiquette d'addicto, alors elle ne rentre pas dans nos critères d'accessibilité à nos foyers ou résidences ou EMS ou autres. »*

Il convient de resituer ce phénomène dans une tendance plus globale que l'on retrouve dans plusieurs pays occidentaux ; effectivement ce phénomène observé par les professionnels coïncide avec plusieurs études qui ont été menées sur ce thème. Par exemple certains auteurs pointent du doigt le fait que les patients en situation d'addiction sont davantage stigmatisés en comparaison d'autres patients présentant des problèmes

psychiatriques dans le contexte nord-américain, en soulignant également qu'il s'agit d'un fait culturellement accepté, ce qui renvoie à ce contexte socioculturel général évoqué auparavant (Corrigan et al., 2017). En Europe, les constats présentent certaines similitudes, les spécialistes indiquant que les services de lutte contre la marginalisation et la stigmatisation jouent un rôle clé dans la réinsertion et l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées par les addictions (Lloyd, 2010).

- 3) Enfin, une dernière forme de stigmatisation, plus insidieuse, mais non moins grave, a été identifiée : il s'agit de **Pautostigmatisation** des bénéficiaires, soit le fait d'intérioriser inconsciemment des désignations, catégories verbales, normes et valeurs dominantes. L'analyse du discours de certains résidents illustre ce phénomène. Par exemple, alors qu'un focus group est en train de toucher à sa fin et qu'il est demandé aux participants s'ils veulent rajouter quelque chose, un bénéficiaire dit : *« Il manque quand même, et je dis ça par rapport aux personnes extérieures, des personnes — je n'aime pas dire ce mot, mais des personnes normales, enfin des personnes qui n'ont pas d'addictions — qu'il manque quand même des informations en fait, mais pas, genre la personne elle doit se documenter, elle doit aller faire des recherches ou quoi, mais par exemple par rapport à la maladie, au fait que c'est une maladie psychiatrique, et puis qu'il y a tout un travail à faire derrière, et puis qu'on n'est pas là à dire : cool, on se défonce. »*

L'observation du participant est intéressante : même s'il identifie le fait que les représentations des « personnes extérieures » sont négatives, que les attitudes sont marquées par la désapprobation, et qu'il existe une méconnaissance de la réalité de la dépendance et des addictions, il y a également une appropriation, intériorisation et acceptation des catégories usuellement employées pour appréhender les addictions : lui, qui fait face à des problèmes d'addictions n'est pas normal dans une société où les personnes sans problèmes d'addictions sont normales.

Au-delà du fait que dans ce contexte cette « normalité » est essentiellement de caractère moral, le commentaire reflète l'intériorisation d'un statut et procède de ce que les sociologues ont appelé « prophétie autoréalisatrice », soit « une assertion qui induit des comportements de nature à la valider » (Staszak, 2000). En d'autres termes, l'individu est cantonné dans un statut et un rôle, au demeurant passif, qui a un impact non seulement sur ses manières d'agir, mais également de penser.

Lors d'un autre focus group, alors qu'il est question de la sortie du résidentiel et d'éventuels épisodes de reconsommation, un bénéficiaire explique que cette question le préoccupe relativement peu, il bénéficie du soutien de sa femme qui est une personne *« droite, elle n'a jamais consommé, aucune drogue, vraiment rien »*. Comme pour la normalité, derrière la « droiture » se profile une posture morale — la droiture est un concept notamment théologique que l'on retrouve dans les grandes religions — qui sous-entend, d'une part et par opposition, que lui n'est pas « droit », et d'autre part, qu'il doit être « redressé ». Cet exemple n'est évidemment pas formulé dans l'optique de remettre en question le soutien de la conjointe qui est, au vu des informations fournies, extrêmement

important, mais d'illustrer à nouveau comment certaines représentations qui n'ont au demeurant rien de « naturel », mais qui sont des constructions sociales, sont acceptées inconsciemment.

Il en va de même avec le thème de la maladie, ainsi que du registre lexical l'entourant, que l'on retrouve dans de nombreux discours, dont celui des résidents où il est également question de « thérapie » et de « prise en charge ». En outre, ils font fréquemment allusion au séjour en résidentiel en termes de « cure » ou de « postcure » qui font également référence aux soins médicaux.

Il s'agit de la manière dont sont relativement souvent appréhendés les bénéficiaires au sein du réseau sociosanitaire dans un sens large, tel que cela a été abordé dans la partie sur les perspectives des partenaires et des professionnels du résidentiel. Et force est de constater qu'une partie des bénéficiaires interviewés s'approprient certains codes, et les acceptent inconsciemment, ce qui entraîne une répercussion sur les manières de penser, de se percevoir, de percevoir les autres (les pairs ainsi que les professionnels les entourant), ou encore d'agir, en l'occurrence comme un « malade » qui n'a pas forcément de prise sur son parcours de soin. Or, « la notion de maladie, pour objective qu'elle soit, tendrait à simplifier la réalité de la personne addictive et à réduire le modèle biopsychosocial à une dimension unique. Plus ennuyeux, elle pourrait masquer une autre réalité qui se cache derrière l'addiction, à savoir l'aliénation du sujet » (Maisondieu, 2017).

En définitive, les différents facteurs structurels qui ont été identifiés, que cela soit les difficultés d'accès au marché du travail et au logement, le phénomène d'isolement social, ainsi que les différents types de stigmatisation, mettent en lumière une série d'obstacles importants dans le processus de « réinsertion » voulue par les pouvoirs publics. Dans cette optique, il conviendrait : 1) de prendre en compte ces obstacles dans la définition des conditions-cadres qui régulent la gouvernance des institutions et qui sont également amenées à s'adapter, au risque de constituer un frein aux innovations ; 2) d'interroger certaines finalités du résidentiel, telles que la « réinsertion socioprofessionnelle », d'autant plus si les professionnels ont en fait le « deuil », qu'un nombre significatif de partenaires émettent certains doutes quant à sa pertinence, et qu'il ne constitue qu'un élément parmi d'autres au sein de l'éventail de projets et objectifs variés des bénéficiaires.

6.4 Défis et pistes de solutions

Face à certains obstacles qui ont été passés en revue, les institutions sont engagées dans des démarches d'innovation et mettent en œuvre des prestations visant à répondre aux problématiques, en particulier à celles relatives à la sortie du résidentiel. Bien que ce thème ne constituait pas à proprement parler l'objet de cette étude, il a été plusieurs fois abordé par les professionnels. Un survol non exhaustif permet de dresser un premier bref état des lieux qui se devra d'être approfondi par la suite :

- De manière générale, un **travail d'orientation et de communication** est effectué lors du séjour (facilitation de contacts, mise en réseau, etc.) auprès des bénéficiaires ; ces derniers disposent ainsi d'options d'aide professionnelle (qui figurent ci-dessous dans cette liste), et également d'autosupport, tels que les groupes de paroles, les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes¹⁹.
- Les institutions s'attachent à proposer **une coordination de leurs prestations avec celles du secteur ambulatoire**, notamment à travers la communication des informations nécessaires au suivi de la personne.
- Des institutions offrent un **accès à certains ateliers aux anciens résidents** ; ces derniers ont ainsi la possibilité d'assister à ces ateliers ainsi qu'aux repas. Cela s'avère bénéfique pour des personnes en situation d'isolement social.
- Plusieurs institutions ont des **centres de jour** qui fonctionnent comme interfaces entre le résidentiel et l'ambulatoire, ce qui a le mérite d'atténuer l'effet « cocon » et le décalage qui peut se faire ressentir lors de la sortie du résidentiel. Ils permettent globalement de maintenir ou réaffirmer les acquis du résidentiel. Plusieurs dimensions sont à prendre en compte :
 - Cela permet d'assurer la continuité du lien social pour les bénéficiaires ou leur donne la possibilité de (re) créer un réseau social primaire. Ils accueillent d'ailleurs un public hétérogène.
 - Ces centres offrent une forme de sécurité sociale pour les populations les plus précaires (distribution de repas, boissons, accueil).
 - Ils proposent des activités occupationnelles pour développer des compétences sociales.
 - Ils continuent également à instaurer une certaine rythmicité et régularité à travers les heures d'ouverture et de fermeture, les repas, les activités, etc.
 - Ils peuvent également fournir des services d'évaluation ou d'orientation.
- Dans certains cas, comme les structures de jour de la Fondation Estérelle-Arcadie, ces centres de jour font l'objet d'une **collaboration interinstitutionnelle**, en l'occurrence avec la Croix-bleue. Cela permet notamment d'assurer une continuité dans les prestations proposées, notamment lors de la sortie du résidentiel.
- Des possibilités d'hébergement en **logement de transition** sont également proposées suite au séjour en résidentiel. L'appartement de transition — appelé également appartement protégé — joue aussi un rôle d'interface, mais à une autre échelle, soit entre le séjour en résidentiel qui a, comme on l'a vu, une forte dimension

¹⁹ Certaines de ces options se situent à mi-chemin entre l'aide professionnelle et l'autosupport, par exemple les différents groupes de parole du Service de médecine des addictions du CHUV animés par des psychologues, infirmiers ou intervenants sociaux.

communautaire, et la vie en société beaucoup plus individualisante. Le séjour en appartement se caractérise par un suivi, mais moins d'encadrement, ce qui permet au bénéficiaire de mettre en pratique certains acquis du résidentiel, par exemple la gestion du quotidien.

- Il y a parfois aussi un suivi post-séjour qui consiste en des **visites à la personne** lorsqu'elle a intégré un lieu de vie, ou encore des **services hors murs** d'accompagnement à domicile.
- Plusieurs réflexions sont menées par rapport à la **durée du séjour**, ce qui donne lieu à de nouvelles modalités :
 - En réponse à un contexte cantonal spécifique, celui de Genève, qui comprend notamment des problèmes de précarité sociale et d'accès au logement, l'association Argos propose des **séjours de longue durée** parmi leurs prestations. Lors des entretiens, les collaborateurs ont manifesté une volonté de s'affranchir des contraintes temporelles, et de proposer des séjours sans durée déterminée au sein du Toulourenc. Cela permettrait d'offrir un lieu de vie pour des populations qui vivent des situations spécifiques (isolement, logement précaire, détresse sociale, etc.).
 - À l'inverse, certaines institutions, comme L'Envol, proposent de **courts séjours** dont l'objectif est principalement d'orienter les personnes, soit de leur fournir un certain nombre d'informations utiles par rapport au réseau sociosanitaire et aux différents partenariats existants, ce qui participe également au processus d'autonomisation de la personne.
 - De manière, on peut observer une volonté des institutions de proposer des **prestations modulaires** selon les besoins de la personne sans qu'il y ait un agencement prédéterminé de prestations, d'étapes et de périodes. En d'autres termes les différentes séquences du parcours ne sont pas définies « d'en haut », mais conjointement avec la personne concernée. Ainsi, il se peut qu'un résident soit par exemple transféré dans un appartement de transition au terme d'un laps de temps relativement court, car ce changement correspond à son projet et ses objectifs.

Ces deux cas de figure assez différents mettent en lumière une dimension très importante de l'innovation : cette dernière réside aussi dans le fait de pouvoir s'ajuster aux spécificités cantonales — qu'elles soient socioculturelles, politiques et y compris géographiques — au sein d'un système fédéral, c'est-à-dire d'apporter des réponses ciblées en termes de prestations et qui s'adaptent aux particularités régionales tout en prenant également en considération les politiques au niveau national, par exemple les lignes directrices de la Stratégie Addictions.

Le cas du Jura bernois, soit la partie francophone du canton de Berne, est de ce point de vue illustratif : il s'agit d'une minorité francophone, de régions périphériques éloignées du

principal centre du pouvoir administratif et politique, soit la capitale bernoise. En outre, il s'agit d'un canton qui a connu des transformations au niveau politique [tendance à la fermeture des structures résidentielles et orientation vers des prestations ambulatoires prises en charge par l'assurance-maladie]. En conséquence de ces facteurs socioculturels, politiques et géographiques, le travail en réseau de manière générale, ainsi que la prise de contact avec le réseau médico-social pour les personnes concernées, s'avèrent difficiles, tel que cela est ressorti lors des entretiens. Le fait de proposer de courts séjours d'orientation afin que la personne connaisse mieux ce réseau, et puisse en fin de compte faire des choix délibérés, constituent une réponse — que l'on pourrait appréhender en termes de « bonne pratique » — dans ce contexte particulier.

D'autres cas de figure peuvent être brièvement évoqués : Addiction Valais a le projet de développer des actions hors murs, en complément du résidentiel ; cela répond également à une configuration territoriale particulière, avec une grande vallée, celle du Rhône, qui traverse le canton et où se situent des villes de petite ou moyenne taille, où se concentre globalement la population, et d'autre part de nombreuses petites vallées dans les Alpes qui sont beaucoup plus reculées. Par contre, dans des cantons plus urbanisés, comme ceux de Genève et Vaud, on trouve plusieurs structures résidentielles hors milieu urbain [sans pour autant être déconnectées du réseau de transport] qui visent dans ces cas particuliers à instaurer une distance entre les bénéficiaires et certaines zones urbaines associées à la consommation.

Le résidentiel : obstacles et défis

Diversité des projets sociothérapeutiques et hétérogénéité des publics : la mixité de publics aux aspirations et projets distincts (par exemple non-consommation et consommation non problématique) peut fragiliser les projets individuels et amoindrir le rôle d'autosupport du groupe (point 6.1)

Interface entre le résidentiel et la société : comme tous les moments de transition en général, la sortie de l'institution peut s'avérer compliquée ; il peut y avoir un décalage entre le cadre protégé et sécurisé du résidentiel et le contexte extérieur. L'analyse montre que le résidentiel est d'autant plus perçu comme une « bulle » déconnectée de la société lorsque les possibilités de mettre en pratique les ressources acquise lors du séjour sont limitées (point 6.2).

Parcours cycliques, sortie de l'institution et « rechutes » : la question des parcours cycliques (avec plusieurs séjours en résidentiel) et de la « rechute » apparaît fréquemment dans les informations recueillies. La notion de « rechute » prend des acceptions différentes selon les publics cibles : 1) les professionnels des addictions la considèrent plutôt comme une étape dans le parcours ; 2) pour les bénéficiaires, elle est davantage liée à la frustration, et 3) pour les partenaires non spécialisés en addiction, plutôt comme un échec (point 6.3). Il ressort de l'analyse que ces phénomènes se doivent essentiellement à des facteurs structurels qui ont tendances à se renforcer réciproquement :

- **Difficultés d'insertion professionnelle** : les options et marges de manœuvre pour les usages et bénéficiaires sont limitées dans un contexte de marché du travail ayant évolué et fortement inéquitable (point 6.3.1).
- **Accès limité au logement** : l'accès au logement est en partie conditionné par le statut professionnel ; par ailleurs, dans certaines régions urbaines les possibilités sont limitées par le taux de vacance relativement faible, ainsi que les conditions exigées par les gérances immobilières (point 6.3.2).
- **Difficultés d'intégration sociale** : l'isolement social et la solitude constituent des obstacles à la mobilisation des ressources acquise lors du séjour ; il y a le risque que la personne se tourne à nouveau vers le groupe d'appartenance qu'elle connaissait (lié à la consommation) (point 6.3.3).
- **Stigmatisation** : les usagers de drogues font face à différents types de stigmatisation, c'est-à-dire à un niveau sociétal et socioculturel, à un niveau institutionnel lors de prises en charge, ainsi qu'une autostigmatisation (intérieurisation des valeurs dominantes) (point 6.3.4).

Défis et pistes de solution : les institutions mettent en place des prestations spécifiques pour répondre aux défis qui ont été identifiés, en particulier la sortie du résidentiel. On trouve ainsi : 1) des activités de conseil et de communication ; 2) la coordination avec le secteur ambulatoire ; 3) l'accès à certains ateliers pour les anciens résidents ; 4) les centres de jour ; 5) la collaboration interinstitutionnelle ; 6) les logements de transition ; 7) les services hors murs, et 8) des prestations modulaires sans séquences prédéfinies (point 6.4).

Tableau 4 : synthèse obstacles et défis

7. L'apport du résidentiel pour les partenaires : études de cas

Dans le cadre de ce travail, l'accent a été mis sur les spécificités et la plus-value du résidentiel de manière générale, c'est-à-dire au-delà des différences cantonales. Toutefois, comme l'intention n'était pas non plus de gommer les particularités régionales, il a été décidé d'effectuer un bref complément d'enquête sur des situations cantonales à Genève ainsi qu'au Valais, afin de donner des exemples concrets du rôle du résidentiel dans des réseaux sociosanitaires cantonaux. L'objectif plus spécifique est de mettre en évidence les perspectives, les besoins, les attentes, ou encore les critiques des différents partenaires qui travaillent en lien avec des institutions résidentielles.

7.1 Canton de Genève

Dans le cas du canton de Genève, il convient de rappeler que l'Association Argos dispose de plusieurs structures :

- Le Centre Résidentiel à Moyen Terme (CRMT) qui dispose de 12 places pour des séjours d'une durée d'un mois, reconductibles pendant au maximum 12 mois. Ce pôle résidentiel est un lieu de non-consommation et s'adresse à des personnes désirant s'extraire d'une situation de crise.
- Le Toulourenc qui dispose de 13 places pour des séjours sur le plus long terme, soit des durées adaptées aux besoins et aux projets de vie des personnes. L'accompagnement est individualisé et se concentre sur l'acquisition de compétences pour parvenir à une consommation non problématique ou de consolider et maintenir une non-consommation.

Une première série d'entretiens a été réalisée : un entretien groupal avec l'équipe de professionnels du Toulourenc, ainsi qu'un entretien avec le directeur, ainsi qu'avec le responsable du pôle ambulatoire. Cela a permis de dresser une liste des principaux partenaires qui collaborent de manière directe ou indirecte avec ces institutions²⁰ :

- L'Hôpital psychiatrique de Belle-Idée, établissement psychiatrique rattaché aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- L'Unité des dépendances et médecine de premier recours des HUG
- La Consultation Ambulatoire d'Addictologie Psychiatrique (CAAP) Arve des HUG

²⁰ Par « collaboration indirecte », il faut entendre que, dans certains cas comme celui du Tribunal de Protection de l'Adulte et de l'Enfance (TPAE), il n'y a pas d'accords formels de partenariat. Toutefois le lien indirect entre le TP AE et l'institution résidentielle est la personne concernée par les addictions elle-même, par exemple lorsque le TP AE institue une curatelle et désigne un curateur, et que ce dernier oriente la personne vers le résidentiel, selon les besoins.

- L'Hospice général
- La Clinique Belmont spécialisée dans le traitement d'addictions et de troubles alimentaires
- Le Secteur socio-éducatif de la prison de Champ-Dollon
- Le Tribunal de Protection de l'Adulte et de l'Enfance (TPAE)
- La Fondation Qualife

Une personne de chaque institution a été interviewée, tantôt un collaborateur ou une collaboratrice, tantôt un ou une responsable. Les informations recueillies ont été analysées et les résultats sont présentés ci-après. Dans un premier temps, il s'agit de thématiques générales et transversales ressortant de la majorité des entretiens, et dans un deuxième temps apparaissent des points plus spécifiques, tels que certaines attentes, besoins, ou encore critiques.

7.1.1 Types de situations

On peut distinguer plusieurs dimensions générales et récurrentes qui portent sur le contexte genevois : celui du manque d'institutions spécialisées (dans le domaine des addictions, mais également de la santé mentale), ainsi que du manque chronique de places dans ces institutions, phénomènes qui vont de pair avec la surcharge et saturation de certains services, tels que celui des curatelles, ou encore en milieu hospitalier.

La plupart des interviewés mettent également en avant certaines caractéristiques et problématiques du canton de Genève. Dans ce contexte, pour de nombreux acteurs, le résidentiel constitue une réponse face à certaines situations dont voici des exemples :

- **Des problèmes de précarité et de logement**, soulignés par exemple par une collaboratrice de Belle-Ide qui indique qu'il y a « *beaucoup de personnes qui sont dans une situation sociale très difficile et qui n'ont pas de logement à la sortie et qui ont besoin d'un suivi et d'un logement en même temps, et il y a très peu de structures sur le canton de Genève qui peuvent nous aider justement* ».
- **Des situations d'isolement et de misère sociale contraires aux droits humains**, tel que l'explique notamment une fonctionnaire du TPAE qui affirme que « *ces structures-là permettent vraiment de venir en aide à ces gens qui sont complètement démunis, déstructurés, et qui ont besoin d'un minimum d'encadrement pour leur éviter de vivre dans un état d'abandon totalement contraire à la dignité humaine* ».
- **Des problèmes liés aux possibilités d'emploi limitées**. Cela ressort par exemple des propos d'une responsable des HUG qui signale que « *parfois on arrive à remettre les gens dans un réseau professionnel, dans une formation, ce que l'on n'arrive pas en ambulatoire* ».

- **Des situations complexes.** Elles sont relevées par plusieurs interviewés qui évoquent notamment le cas de personnes avec des troubles du comportement, des problèmes psychiques, ou encore de mise en danger de soi-même ou autrui. Des situations de polymorbidité, vieillesse et addictions sont également mentionnées.
- **Des situations de rupture de formation.** Un collaborateur de la Fondation Qualife explique ainsi que les prestations ambulatoires et résidentielles sont pertinentes lorsque l'équipe constate « *la dégradation d'une situation et que la personne ne va pas pouvoir continuer à se former* ». Cela concerne majoritairement un public jeune qui a déjà connu « des parcours scolaires chaotiques ».

Par ailleurs, selon certains informateurs, les structures résidentielles peuvent jouer un rôle clé suite à :

- **Un séjour en prison.** Une collaboratrice du Secteur socio-éducatif de la prison de *Champ-Dollon* souligne par exemple que dans le cadre de leur mission de préparation de la sortie des détenus, les offres résidentielles peuvent constituer un instrument de réintégration sociale et une phase de transition suite à la sortie de prison.
- **Un séjour en milieu hospitalier.** Plusieurs interviewés, par exemple de l'Hospice général ou encore de Belle-Idée évoquent la situation de fragilité dans laquelle se trouvent les personnes suite au séjour à l'hôpital, en particulier pour celles qui vivent dans des conditions « de précarité sociale et de santé ».

7.1.2 Désengorgement de services du réseau sociosanitaire

Une des plus-values les plus importantes des structures résidentielles d'un point de vue institutionnel et systémique est celle du désengorgement de certains services par le biais des prestations résidentielles. Autrement dit, ces dernières atténuent dans certains cas la pression qui s'exerce sur d'autres milieux, en particulier hospitaliers ou encore des services sociaux. Il s'agit d'un aspect qui est ressorti de près de la moitié des témoignages, à l'instar de celui d'une collaboratrice de l'hôpital de psychiatrie de Belle-Idée qui indique : « *Il manque énormément de structures, ce qui fait qu'on a des patients qui restent quelquefois des mois ici parce qu'on n'a pas trouvé de structure adaptée. Mais oui, quand il y a quelqu'un qui peut aller au CRMT ou au Toulourenc, ça nous aide aussi à désengorger en hospitalier.* »

Le témoignage de la responsable du service de *premier recours* aux HUG est similaire. Lorsqu'elle évoque les personnes avec de graves problématiques d'addiction, elle signale qu'« *au fond ils sont souvent gardés dans des hôpitaux, ils occupent des places dans les hôpitaux, mais les hôpitaux ne sont pas un lieu pour ça. Parce qu'en fait les gens sont quand même libres, ils partent tout le temps, c'est très cher pour l'assurance maladie* ». Elle résume la situation de la manière suivante : « *Dans le canton de Genève c'est un vrai problème, par exemple des personnes qui ont une dépendance à l'alcool gravissime et personne ne sait comment faire, alors on appelle le tribunal de protection de l'adulte, et ils font un PLAFa, voilà bon débarras, débrouillez-vous, il doit rester là, il ne doit pas boire, mais après il n'y a rien qui est mis en place comme soutien. Ce sont des situations très compliquées où la personne*

n'a bien évidemment pas envie d'arrêter de consommer. Du coup il faut peut-être encore innover avec une sorte d'institution qui soit entre la prison, l'hôpital et le résidentiel. »

On retrouve également ces idées dans le point de vue de la responsable de la clinique Belmont : *« malheureusement il faut accepter que les personnes, si on ne les extrait pas de leur milieu de vie pendant un certain temps, elles ne peuvent pas se reconstruire, cela n'est pas possible. Elles n'y arriveront pas comme cela, ce n'est pas possible. Au bout du compte on pense faire des économies, mais c'est faux parce que la personne elle va rester 10 ou 20 ans dans son truc, c'est pire qu'autre chose. Par contre je pense qu'il y a de vrais progrès d'amélioration à faire dans ce qui peut être proposé, comment les équipes sont accompagnées et encadrées, et il faut des projets thérapeutiques, je pense qu'il y a du terrain à conquérir là-dessus ».*

Cette remarque attire l'attention sur des aspects fondamentaux qui marquent le fonctionnement de la société actuelle, et qui ont également un impact sur les perceptions et représentations du résidentiel : d'une part les raisonnements en termes de coûts/bénéfices, ainsi que de rendement²¹, et d'autre part les difficultés d'envisager tel ou tel phénomène sur le long terme.

En effet, si l'on adopte une optique de court terme, le résidentiel peut être parfois perçu comme coûteux, ou son efficacité peut être jugée limitée, compte tenu des effets immédiats qu'il procure. Cependant ces perceptions plutôt négatives sont liées aux représentations sociopolitiques et économiques de la « réussite » ou à l'inverse de l'« échec », aux indicateurs pour les mesurer et à la période que l'on examine (voir point 4.4).

Force est de constater que si l'on considère qu'un séjour en résidentiel doit en quelque sorte se solder par une réinsertion professionnelle dans un laps de temps relativement court, par exemple d'une année, il est probable que l'on aille au-devant d'une déception.

Il est en effet difficile de s'émanciper d'une pensée à court terme étant donné que tout acteur individuel ou collectif s'insère dans des temps socioprofessionnels avec des normes temporelles rigides et formatées. L'exercice comptable, l'exercice fiscal, les budgets, les bilans et rapports de gestion, ou encore les assemblées générales sont autant d'éléments qui façonnent le rapport au temps et qui ont des répercussions sur la manière de concevoir le succès ou l'échec. En d'autres termes, l'année représente un échelon important sur le plan des conceptions et représentations sociales dont il est difficile de s'affranchir. Il est ainsi beaucoup plus difficile de penser ou faire des projections en termes de décennie par exemple, que sur une base mensuelle, semestrielle ou annuelle.

²¹ Le résidentiel se doit d'être « efficace », mais cette notion, elle-même définie à la base comme le fait de « produire l'effet attendu », contient une charge sémantique étroitement liée aux sciences économiques et de gestion (productivité, rentabilité, coûts, rapidité, etc.), soit une fois encore une attention très marquée sur des objectifs quantitatifs et qui laisse parfois au second plan des aspects plus qualitatifs.

Si l'on envisage une période plus longue, c'est-à-dire non plus du court terme, mais du moyen ou long terme, la rationalité coûts/bénéfices — qui pourrait paraître au premier abord sur du court terme défavorable au résidentiel — s'avère beaucoup plus intéressante. Même d'un point de vue strictement économique, soit dans un schéma « terre-à-terre » où la dignité humaine et les considérations relatives aux droits humains restent en arrière-plan, le résidentiel pourrait s'avérer « rentable ». Il s'agit cependant de se pencher sur d'autres temporalités et sur d'autres apports qu'il peut avoir au-delà du niveau individuel, par exemple en prenant en compte l'impact favorable qu'il peut avoir par exemple en désengorgeant le réseau médico-social.

En effet, le résidentiel pourrait aussi limiter des coûts pour d'autres services²². Il conviendrait ainsi d'examiner :

- 1) Le nombre de passages évités en urgences hospitalières (une consultation aux urgences revient en moyenne à 382 CHF en Suisse [Merçay, 2018]).
- 2) Le nombre de passages évités en unité psychiatrique (860 CHF/jour dans le canton de Genève [État de Genève, 2018]).
- 3) La durée des séjours en établissements fermés qui pourrait éventuellement être diminuée grâce à des placements en résidentiel (les prix journaliers varient entre 327 CHF pour un séjour de base et 1 070 CHF pour un séjour en unité de traitement psychiatrique Curabilis [Conférence latine des autorités cantonales compétentes en matière d'exécution des peines et des mesures, 2018]).
- 4) Le nombre de nuitées en hôtel (au minimum 80 CHF/nuitée).
- 5) Les démarches administratives occasionnées par des épisodes de crise.
- 6) Les éventuels problèmes liés à sécurité, soit les coûts liés notamment aux interventions, ou interpellations (à titre indicatif, les frais d'une intervention policière en cas de trouble à l'ordre public dans le canton de Genève sont de 300 CHF par évènement ou au tarif horaire de 150 CHF [Conseil d'État de la République et canton de Genève, 2014]).
- 7) Les procédures judiciaires (l'émolument forfaitaire de décision de mesures prises aux fins de garantir l'assistance et la protection de la personne qui a besoin d'aide est fixé entre 200 CHF et 5 000 CHF [État de Genève, 2010]).

²² Le conditionnel est ici utilisé, car il est extrêmement difficile de le démontrer ; il conviendrait de mener des études longitudinales sur des trajectoires à long terme de personnes concernées par les addictions dans un contexte donné. Il n'en demeure pas moins que l'hypothèse selon laquelle le résidentiel peut s'avérer plus bénéfique en matière de coûts/bénéfices sur le long terme ne peut pas être non plus ignorée.

Comme l'affirme une grande partie des informateurs, un nombre significatif de personnes effectuent de nombreux séjours de sevrage en milieu hospitalier, au terme desquels un suivi ambulatoire ainsi que des mandats de curatelles (supervisé par le TPAE) sont mis en place. Dans certains cas, lorsque la personne n'a pas de domicile, elle est logée à l'hôtel ; parfois il y a également des problèmes judiciaires. En somme, cela équivaut à un travail conséquent et à toute une série de prises en charge épisodiques qui représentent une surcharge pour les services et des coûts élevés, sans qu'il n'y ait véritablement de suivi intensif et de stabilisation de la situation de la personne.

Ces dimensions ressortent également de l'entretien effectué auprès d'une fonctionnaire du TPAE qui souligne aussi à la fois l'importance de considérer diverses temporalités, et à la fois la difficulté que l'on a de penser les choses — les mesures, les programmes, les suivis, etc. — sur un long terme. Elle commence par expliquer que souvent, lorsque les personnes en situation précaire sortent d'une hospitalisation survenue suite à un épisode de crise, « elles se retrouvent en hôtel » étant donné qu'il y a un manque de places et de structures appropriées. Comme le service d'exécution des mandats de curatelle sont engorgés, les personnes sont suivies épisodiquement, soit « au maximum une fois par année » par leur curateur. Elle poursuit : *« Ils sont régulièrement mis à la porte des hôtels, donc après avoir fait tous les hôtels de Genève, il n'y en a plus un qui les veut, parce que voilà ce sont des gens qui ont des problèmes psychiatriques à côté de leur dépendance et qui causent des nuisances, donc voilà, en étant seuls à l'hôtel il n'y a personne pour les aider et quand cela devient trop grave, on les hospitalise sous le régime du PL_AFA pour les stabiliser un peu, et puis dès qu'ils sont un peu stabilisés, ils sortent, et ils se retrouvent à nouveau en état d'abandon, jusqu'à ce que l'on dise : "nous là c'est vraiment trop indigne, allez on l'hospitalise pour le stabiliser" et rebelote. Et puis il n'y a aucune évolution, et c'est de la stagnation, enfin c'est terrible finalement parce qu'on n'a aucun moyen concret d'apporter un vrai soutien qui soit profitable à moyen et long terme. »*

Dans cette optique, le résidentiel peut constituer une sorte de « soupape de sureté » qui allège la surcharge des hôpitaux, du secteur de la justice et des services sociaux, ou encore celle d'ordre administratif.

7.2 Canton du Valais

La Fondation Addiction Valais propose un modèle d'accompagnement qui prend en compte d'une part les besoins, les ressources et les objectifs des personnes concernées, et d'autre part la complexité de leurs problèmes. Les unités ambulatoires, au nombre de cinq réparties dans le canton, constituent en quelque sorte une « porte d'entrée » : c'est dans ce cadre que le projet de la personne est construit avec un intervenant qui joue le rôle d'intermédiaire, c'est-à-dire qui détermine quelles prestations d'Addiction Valais pourraient s'inscrire dans le projet de la personne. Dès lors que les modalités sont fixées conjointement en unité ambulatoire, cet intervenant devient responsable de la coordination et du développement du projet. Ce modèle illustre une fois encore une volonté de prendre en compte la personne dans sa globalité, soit de multiples dimensions

(consommation, comportement, santé physique et psychique, ressources, emploi, situation administrative) et de lui laisser une place prépondérante dans la construction du projet d'accompagnement.

Les premières activités de repérage, d'entretien (individuel et/ou familial), et d'évaluation peuvent ainsi déboucher sur un séjour en résidentiel. Addiction Valais dispose actuellement de trois structures résidentielles orientées sur l'abstinence et proposant des axes de travail différents. Une quatrième, la Villa Flora de Sierre s'est muée depuis septembre 2019 en un centre spécialisé de jour. Les centres résidentiels d'Addiction Valais sont les suivants :

- Le Jardin des Berges à Sion qui offre 15 places d'hébergement avec une prise en charge modulaire, centrée sur l'« ouverture sur la société ».
- Le foyer François-Xavier Bagnoud à Salvan qui propose 15 places avec une approche privilégiant la « pédagogie par l'expérience ».
- Le centre Via Gampel, situé à Gampel, qui compte 12 places et dont l'axe d'intervention relève essentiellement de la « réinsertion professionnelle » avec une « approche systémique » et des « objectifs hiérarchisés ».

Suite à une série d'entretiens groupaux avec des responsables d'unités ambulatoire et auprès de la direction, certains partenaires institutionnels d'Addiction Valais ont été identifiés :

- Le Service de psychiatrie-psychothérapie hospitalière de l'adulte du Centre hospitalier du Valais Romand (CHVR).
- Le Service de l'action sociale du canton du Valais.
- Le Centre médico-social de Sion
- Le Centre médico-social de Monthey
- La Fondation Chez Paou

Comme dans l'étude de cas portant sur Genève, une autre série d'interviews a été réalisée auprès des collaborateurs ou responsables de ces structures, dans le but de dégager d'une part des thématiques générales et d'autre part d'identifier des aspects plus spécifiques tels que les apports du résidentiel pour leurs services, d'un point de vue institutionnel, ainsi qu'un certain nombre d'attentes et d'observations.

7.2.1 Considérations générales

Une première dimension qui se doit d'être prise en compte est celle de la réorganisation d'Addiction Valais (anciennement Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies) en 2013 qui a été marquée par une scission. En effet, l'Association des amis et des anciens des Rives-du-Rhône, tenant de l'héritage de Pierre-Yves Albrecht, fondateur des Rives du Rhône,

et qui gérait les structures de Salvan et du Jardin des Berges prend de la distance en 2013 lors du processus de restructuration ; en outre, l'association annonce l'ouverture d'une nouvelle fondation en 2018. En conséquence, il y a actuellement Addiction Valais qui assume pour le compte du canton le mandat de prise en charge des personnes dépendantes et qui est désormais en charge des foyers résidentiels de Salvan et du Jardin des Berges, mais il y a également l'Association des amis et anciens des Rives-du-Rhône dont le siège est à Salvan et qui propose des prestations ambulatoires et de suivi à domicile.

Il est important de revenir brièvement sur ces aspects dans le sens où ces événements ont un impact sur les représentations et perceptions des partenaires quant aux structures résidentielles d'Addiction Valais et semblent créer parfois une certaine confusion. Une collaboratrice du CMS ayant également une expérience significative en unité psychiatrique dans le canton, explique qu'elle oriente habituellement les personnes vers les structures d'Addiction Valais « lorsqu'elles sont preneuses », soit quand elles en manifestent le souhait. Toutefois, elle souligne qu'il s'agit de relativement peu de cas, et qu'elle observe fréquemment des réserves par rapport à l'éventualité de réaliser un séjour. Les attitudes divergent : certaines personnes concernées tendent à minimiser la gravité de leur situation, d'autres s'opposent à l'idée d'effectuer un séjour, ou encore d'autres ne se rendent pas au rendez-vous fixé de concert avec Addiction Valais pour faire un bilan de leur situation. Cela se doit à deux représentations du résidentiel :

- Certains centres résidentiels sont associés à l'accompagnement de personnes jeunes ; aussi les adultes d'âge moyen et d'âge mûr redoutent en quelque sorte qu'il y ait un fossé générationnel. En termes plus familiers, il semblerait qu'un nombre significatif de personnes, d'après l'expérience de l'interviewée, considèrent que le résidentiel « c'est pour les jeunes ». On peut recouper ce témoignage avec celui d'une intervenante à l'association Chez Paou — ayant travaillé également aux Rives-du-Rhône avant la réorganisation — et qui estime que l'ancien concept thérapeutique s'adressait surtout à des personnes ayant une bonne condition physique, il y avait un « accès un peu limité pour certains types de population, dans le sens où c'était quand même assez exigeant niveau physique, enfin voilà, c'était plus simple d'être un jeune en plus ou moins en bonne santé qu'à 50 ou 60 ans où c'est quand même un peu plus compliqué d'intégrer le rythme du foyer en soi, plus certaines activités qui étaient moins accessibles, mais après on a aussi eu une personne en chaise roulante qui a fait sa cure là ».
- Les personnes concernées assimilent dans certains cas l'actuel Addiction Valais avec l'ancien concept thérapeutique des Rives-du-Rhône à l'encontre duquel un certain nombre de critiques ont été formulées notamment par rapport à la vision et aux méthodes (Le Temps, 2018). L'une des intervenantes interviewées explique par exemple que « beaucoup de gens ont lu ce qui se passait dans les journaux, du coup j'avoue que j'ai ça comme souci avec pas mal de patients ». En définitive, il semble que les effets du processus de réorganisation, ainsi que les ruptures qu'a connu Addiction Valais, se font encore ressentir aujourd'hui dans le sens où ils génèrent une certaine confusion auprès de la population d'usagers, et y compris auprès de certains partenaires.

Il convient de préciser que ces représentations ne concernent bien entendu pas exclusivement les institutions résidentielles. La même intervenante met également l'accent sur les difficultés à orienter des personnes vers d'autres types de structures, comme l'hôpital psychiatrique, qui suscite des réactions du type : « *mais c'est pour les fous* ».

7.2.2 Types de situations

Lors des entretiens, les différents intervenants ont évoqué des situations spécifiques qui les ont conduits à orienter telle ou telle personne vers une structure résidentielle. Ces situations sont ici passées en revue et illustrées par des témoignages.

- **Le résidentiel en tant que relais suite à une hospitalisation ou un sevrage.** On retrouve cette dimension dans plusieurs témoignages, par exemple celui d'un collaborateur du CMS, qui explique que : « *Les critères qui font que la personne est placée, c'est souvent suite à une hospitalisation ; j'ai l'impression d'après ce que je vois, c'est que souvent les gens doivent toucher le fond, être pris en charge par la cellule médicale, et puis après, à la sortie de l'hôpital psychiatrique ou de l'hôpital, ils partent en institution résidentielle.* » Ce constat rejoint les propos d'un médecin du Service de psychiatrie-psychothérapie du CHVR qui met l'accent sur le côté stabilisateur d'un séjour en résidentiel. Pour lui le résidentiel permet de « *stabiliser et puis faire un traitement addictologique qui peut prendre des mois* ». Il souligne également la complémentarité de son service qui s'occupe « du problème psychiatrique pur » et accompagne le bénéficiaire dans le processus de sevrage lorsque cela est nécessaire, tout en indiquant qu'il compte précisément sur des structures non hospitalières pour « la prise en charge addictologique » : « *Il y a beaucoup de choses qui font du bien. Ils font des interventions plutôt socio-psycho-éducatives au sens large en utilisant des outils que l'on peut certainement trouver en psychothérapie [...] ils font plutôt de la sociothérapie.* »
- **Le résidentiel en tant que lieu pour expérimenter l'abstinence.** L'une des collaboratrices de l'association Chez Paou qui évoque également la complémentarité entre leur structure — dont l'axe prioritaire est l'aide aux adultes en difficulté, notamment à travers l'hébergement — et les prestations d'Addiction Valais, indique que le résidentiel est bénéfique lorsque les personnes « veulent entrer dans un système d'abstinence ». Étant donné que la non-consommation n'est pas une condition d'accès, ni une priorité pour l'association, le résidentiel devient pertinent lorsque les personnes souhaitent entrer dans un schéma plus cadrant par rapport aux consommations. La personne interviewée évoque un cas concret : « *On accueille une personne qui consomme de grandes quantités de cannabis, et qui a exprimé le désir de diminuer sa consommation et de se diriger vers l'abstinence, du coup, là on prend contact avec Addiction Valais. Il y a un intervenant d'Addiction Valais qui le suit, et là justement cette personne sera redirigée vers une autre structure plus portée sur l'addiction.* »
- **Le résidentiel en tant que suivi plus intensif afin de répondre à des projets et objectifs individuels.** Bien que cette dimension rejoigne le point précédent, il est

pertinent d'y faire référence étant donné qu'elle illustre également d'autres éléments évoqués dans le rapport, notamment les questions d'interface entre ambulatoire et résidentiel, ainsi que les besoins différents en termes d'intensité de suivi, qui varient d'une personne à l'autre, mais également d'une période à une autre dans un même parcours de soin. Cela se reflète dans la situation spécifique d'un usager, évoquée par une autre collaboratrice de Chez Paou : *« Il n'était pas tout de suite dans ce projet d'abstinence. C'est quelqu'un qui est assez inséré dans la consommation depuis de nombreuses années, qui au début a commencé à émettre des préoccupations par rapport à sa santé physique où il avait l'impression que le produit commençait à avoir un certain impact, il se faisait un peu de souci. Donc il y a eu une rencontre chez son médecin traitant et à partir de là, une amorce de dire : tiens, un suivi déjà ambulatoire avec Addiction Valais pour donner un peu d'information, pour faire une évaluation, cela serait possible. Pour eux c'est aussi moins confrontant que de dire : tiens, on te propose une cure, par exemple. Du coup il est rentré là-dedans, et il y a eu un processus d'évaluation et un suivi ambulatoire avec de petits objectifs, et puis assez vite, il s'est rendu compte que c'était compliqué de tenir ces objectifs de réduction de consommation en étant dans un lieu où la consommation elle est très présente, et puis le produit prend quand même beaucoup de place actuellement. Et du coup, il y a eu un peu une forme de déclic, je pense, où tout à coup il s'est dit : ben tiens, peut-être que je pourrai tenter le pas suivant en intégrant carrément un résidentiel ».*

Au-delà de ces principales dimensions, d'autres situations assez spécifiques ont été évoquées, notamment par un collaborateur du CMS ayant travaillé également au service social d'une grande entreprise suisse. L'interviewé évoque par exemple trois situations récentes où des bénéficiaires de son service se sont dirigés vers une structure résidentielle : 1) une mère seule, à charge de ses deux enfants, avec une formation de base et une activité professionnelle : *« Madame a une problématique à l'alcool et est tombée dans les escaliers ; elle s'est cassé le crâne, a fini à l'hôpital et suite à ça elle a pris conscience et s'est résolue à [à faire le pas] »* ; 2) un homme politique ayant une problématique d'alcool depuis de nombreuses années et ayant effectué déjà plusieurs séjours en institution résidentielle : *« C'était quelqu'un qui était très inséré, très médiatisé dans la région, qui avait des fonctions politiques, et puis qui a finalement tout perdu à cause de son problème d'alcool et qui se retrouve à 55 ans à l'aide sociale, sans plus rien, sans plus aucun contact avec ses enfants. »* ; 3) une personne sans domicile fixe, *« qui a tout perdu, qui a une problématique d'alcool et qui est entré en urgence au foyer, le Jardin des Berges ».*

Bien que ces situations soient particulières, il est important de les mentionner dans le sens où elles illustrent la grande diversité des parcours, ainsi que les difficultés à effectuer du profilage (soit établir des types de profils pour anticiper d'éventuelles problématiques).

7.2.3 Attentes des partenaires

Certaines attentes ont été mentionnées par les partenaires. Une première concerne le fait qu'il semble n'y avoir que peu de structures pour des personnes *« qui se mettent en danger à la maison et qui ont décroché l'ambulatoire »*, pour reprendre les termes d'une intervenante. Cette

dernière signale que dans ce cas de figure, « *il n'y a pas de place en résidentiel pour ce type de personne, à part à l'hôpital psychiatrique de Malévoz* ».

Cette perspective rejoint quelque peu celles de certains acteurs de la justice qui exprimaient un besoin de psychiatisation du résidentiel. Au vu de la diversité des points de vue et témoignages, cette nécessité est discutable, mais a le mérite de susciter des débats intéressants, à savoir si des personnes se mettant elles-mêmes en danger pourraient intégrer une structure résidentielle, et le cas échéant avec quel accompagnement.

Une autre attente se situe au niveau de l'éventail de prestations, ainsi que de l'inclusion de la RDR. Plusieurs acteurs interviewés soulignent qu'il pourrait manquer dans le panorama médico-social valaisan des prestations de RDR qui soient davantage en adéquation avec le pilier RDR de la politique drogue au niveau national. Une intervenante sociale explique par exemple : « *Quand je vois ce qui existe dans les autres cantons, je me dis que ce sont des choses qui manquent énormément ici [...], il y a des milieux résidentiels où les patients ils viennent où ils vivent sur plusieurs mois voire années, où il y a du travail sur la RDR, et ici au Valais, la RDR... C'est ça qui me manque beaucoup au Valais honnêtement, la RDR, car au niveau de la dépendance et des addictions, ce n'est pas du tout au point pour le moment.* » L'observation d'ordre comparatif est intéressante dans le sens où elle invite également à une réflexion, à savoir comment favoriser les échanges d'expériences et connaissances d'un canton à l'autre, ou encore comment capitaliser les expériences réussies dans tel ou tel canton et les rendre utiles pour les acteurs d'autres régions.

7.3 Discussions

L'analyse des informations recueillies a permis de mettre en évidence que le rôle et les apports du résidentiel dépassent la vision classique liée au traitement dans une optique de réinsertion socioprofessionnelle. En effet, les résultats obtenus font ressortir des perspectives variées et des conceptions plurielles dont le dénominateur commun réside dans la place octroyée à la personne concernée, ainsi que ses besoins, ses projets et ses décisions. Dans ce schéma, la réinsertion constitue par exemple davantage un moyen ou une voie vers un rétablissement, c'est-à-dire un choix parmi d'autres possibilités, qu'une finalité en soi.

Il y a ainsi un certain décalage entre une vision traditionnelle (où la réinsertion détermine le succès d'un séjour) et la réalité des pratiques sur le terrain qui invite à interroger et clarifier certains termes et notions, tels que l'« abstinence » ou encore la « réinsertion professionnelle » qui seront examinés postérieurement. En effet, on se trouve face à un référentiel terminologique qui pose des problèmes de conformité avec la réalité des faits, telle qu'elle apparaît dans les discours des différents acteurs.

À son tour ce référentiel traditionnel exerce une influence sur le développement et le choix des indicateurs : l'accent est principalement mis sur la situation de la personne à l'entrée et à la sortie du résidentiel à travers des questionnaires que le bénéficiaire remplit

en compagnie d'un intervenant social. En outre, cette terminologie a aussi des implications sur la gouvernance des institutions qui doivent composer avec des conditions-cadres dans lesquelles ces concepts ont été intégrés.

Dans cette section, il s'agit dans un premier temps d'apporter une réflexion sur certains termes qui suscitent tantôt de l'interrogation, tantôt de la confusion, et de les clarifier pour mieux les dépasser. Ensuite, il est question des indicateurs, en particulier de la manière de mesurer la situation à l'entrée et la sortie, et du « taux de réussite », de leurs limites et des possibilités de les surmonter. Enfin, le dernier point concerne l'impact de la terminologie sur la gouvernance des institutions. Ces réflexions ont pour objectif d'ouvrir des pistes de travail communes pour les pouvoirs publics et les professionnels du domaine des addictions.

7.3.1 Repenser certains termes ?

L'« **abstinence** » : on a pu observer qu'il y a des points de vue relativement variés à ce sujet aussi bien auprès de la population des professionnels que celle des différents partenaires. Cette propension à alimenter des discussions se doit peut-être à la proche parenté du terme avec une pensée morale et à ses racines étymologiques d'ordre théologique. L'abstinence renvoie au renoncement, à la privation, voire à une intention de perfection morale. Quant à son contraire, il est intéressant de remarquer qu'au-delà de certains termes au demeurant très connotés, tels que « jouissance » ou « libertinage », il y a pléthore de vocables extrêmement négatifs : abandon, débauche, excès, gloutonnerie, intempérance, désordre, entre autres (CNRTL, s. f.). Ces dimensions font écho à la manière dont la maladie est imprégnée de connotations morales, c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans les registres du bien et du mal, ou du juste et de l'injuste (Romagnoli, 2018), à plus forte raison les addictions qui, comme on a pu l'observer au fil du rapport, sont fréquemment associées à la maladie. En définitive, ces termes très connotés et dotés d'une charge symbolique importante ne sont pas sans répercussions, par exemple sur l'identité des usagers, en alourdissant des représentations déjà négatives et stigmatisantes. De plus, ils comportent un côté « prophétie autoréalisatrice » : le fait de croire que rompre avec l'abstinence implique automatiquement et fatalement un retour au schéma antérieur de l'addiction — la « rechute » — ne fait que renforcer le phénomène (Pedrero Pérez, 2015). Ainsi, l'usage de termes plus neutres, à l'instar de la « **non-consommation** » déjà utilisée pour désigner le fait de consommer ou non des aliments tels que la viande, pourrait être privilégié, comme c'est déjà le cas dans certaines institutions en Suisse romande et plus largement dans le monde francophone.

La « **rechute** » : comme évoqué, celle-ci constitue un pendant de l'abstinence et véhicule également nombre de représentations négatives qui ont déjà été abordées (voir point 3.4.3). Même s'il y a en général une distance critique par rapport au terme, même s'il est intégré aux réflexions et pratiques des professionnels, et que ces derniers expliquent aux bénéficiaires que le phénomène fait partie intégrante d'un parcours thérapeutique, qu'il « est la règle et non l'exception » — pour reprendre une formule fréquemment utilisée —

il est néanmoins souvent vécu comme une frustration ou une honte par les usagers et bénéficiaires. À l'instar de l'« abstinence », la croyance en le caractère inéluctable de la « rechute » en cas de reconsommation tend à provoquer ou accroître le phénomène : la « rechute » se mue en une « descente aux enfers ». L'emploi d'expressions plus neutres, telles que la « **reconsommation** » qui peut être aussi bien « modérée » qu'« excessive », ou encore « à risque » — pour reprendre les stades évoqués dans la Stratégie nationale addiction — permet d'une part d'atténuer les effets performatifs négatifs de la « rechute » (autour du « choir », « tomber à un niveau inférieur », « s'affaisser », « s'abaisser », « se relâcher », etc.), et d'autre part d'apporter de la nuance et de la gradualité.

La « **réinsertion** » souvent « professionnelle » ou « socioprofessionnelle » revient également de manière récurrente dans l'ensemble des discours des différents acteurs avec des avis assez divers. Il correspond au paradigme du traitement et de la réhabilitation qui ont été mis en œuvre pendant plusieurs décennies où l'angle de la maladie, de l'absence de symptôme et de la guérison occupe une place importante en vue d'une réinsertion dans la société. Cependant, comme on a pu l'observer dans les différentes parties d'analyse, la réinsertion professionnelle ne fait pas consensus, bien qu'elle ait longtemps constitué la finalité même du résidentiel : plusieurs professionnels ont en « fait le deuil », un certain nombre de partenaires interrogent plus ou moins explicitement sa pertinence ; quant aux bénéficiaires, s'il s'agit pour certains d'une dimension centrale de leur projet, la notion est loin de faire l'unanimité. De ce point de vue, plus qu'un facteur de réinsertion, le résidentiel constitue avant tout un moyen d'acquérir des compétences sociales et relationnelles qui ouvrent à nouveau sur des possibles, dont l'inclusion sociale ou encore la réinsertion professionnelle font partie. Il conviendrait dès lors d'opérer un renouvellement conceptuel en mettant davantage l'accent sur l'approche des « **capabilités** » (*capabilities*) qui laisse plus de place aux possibilités ou liberté des personnes de choisir un mode de vie (Sen, 2000). Plusieurs auteurs suggèrent d'ailleurs que cette perspective pourrait enrichir le champ des addictions dans le sens où développement du pouvoir d'agir (à travers l'acquisition et la mobilisation de ressources dans un contexte favorable) permet d'augmenter les capacités d'aspiration et de réflexion qui, à leur tour, permettent d'accroître la liberté de faire des choix raisonnables (Bonvin et Rosenstein, 2015). Ainsi, adopter cette approche dans le domaine des addictions revient à « sortir du dilemme dans lequel se trouve trop souvent la perception des addictions soit comme une maladie (dont il convient de libérer les individus, contre leur gré s'il le faut), soit comme un choix libre qu'il convient de respecter » (Bonvin, 2018). Dans cette perspective, le résidentiel joue un rôle clé en participant au processus d'autonomisation et d'augmentation de la capacité d'agir des personnes, ce qui fait d'ailleurs écho au courant du rétablissement.

Le « **traitement** » relève d'une vision traditionnelle du résidentiel. De manière générale, le terme renvoie à la guérison, et plus spécifiquement à une réhabilitation et réinsertion dans la société, qu'elle soit sociale ou professionnelle, aussi suggère-t-il implicitement un

avant et un après traitement, ou encore le passage d'un état A à un état B, autrement dit une linéarité. D'un point de vue uniquement terminologique, il laisse une place ou marge de manœuvre relativement restreinte à l'individu : ce dernier fait l'objet d'un traitement ou est traité (passif) ; par contre, le traitement est préconisé par le spécialiste (actif). Ces considérations grammaticales et terminologiques entrent en dissonance avec les pratiques des professionnels, tels qu'elles ont été identifiées et analysées. En effet, on a pu observer d'une part la place centrale octroyée aux projets et objectifs des bénéficiaires, ainsi que le rôle actif qui leur est imparti, et d'autre part, que les parcours de soin sont loin d'être séquentiels et linéaires. Par contre, les différentes pratiques et postulats évoquent davantage le « **rétablissement** » (meilleure qualité de vie, stabilité, amélioration de l'autonomie des personnes, entre autres), même s'il est employé de façon diversifiée par de nombreux acteurs de plusieurs champs socioprofessionnels. Il convient dès lors d'en proposer une définition qui soit à la fois claire, simple et opérationnelle. Si le concept renvoie de manière générale à un « retour à la santé », il a fait l'objet de développements théoriques et pratiques, notamment dans le champ de la santé mentale, avec les mouvements des usagers de la psychiatrie aux États-Unis dans les années 1980. Actuellement, comme le soulignent certains auteurs, il s'agit d'un concept multidimensionnel et complexe qui est à la fois « un processus, une perspective, une vision et un principe guidant les pratiques » (Fleury, et al., 2015). Il comporte quatre dimensions étroitement liées (Provencher, 2002) :

- 1) Redéfinition et expansion du soi, soit une plus grande reconnaissance des forces et limites de la personne.
- 2) Relation à l'espace temporel, c'est-à-dire de pouvoir se projeter dans l'avenir, en particulier à travers l'espoir qui est l'un des facteurs les plus importants du rétablissement.
- 3) Pouvoir d'agir, à savoir le processus à travers lequel la personne assume davantage de responsabilités dans l'orientation de sa vie.
- 4) Relation aux autres, c'est-à-dire la prise en compte des relations et des interactions à différents niveaux (membres de la famille, pairs, intervenants, services de santé et soutien) qui constituent des ressources dans une démarche de rétablissement.

7.3.2 Revoir les indicateurs ?

Au vu des éléments susmentionnés, les indicateurs utilisés pour mesurer et évaluer les actions mises en œuvre au sein des institutions sont-ils suffisants ? Plusieurs témoignages de professionnels indiquant qu'ils rencontrent des difficultés à rendre compte de leur travail par le biais des indicateurs en vigueur tendent à suggérer que ceux-ci présentent certaines limitations.

Il convient de les passer en revue : il y a d'une part les indicateurs cantonaux qui figurent dans les différents contrats de prestations. Ces derniers étant de nature confidentielle, il s'avère difficile d'établir une liste exhaustive d'indicateurs en prenant en compte chaque institution et chaque canton, toutefois plusieurs exigences générales ont été identifiées : 1) le taux d'occupation ; 2) les quotes-parts des frais lors des placements dans le canton ou hors du canton, et 3) les standards de qualité qui font l'objet d'évaluations et de certifications, telles que :

- Le référentiel QuaTheDA (Qualité Thérapie Drogue Alcool), soit la norme de qualité développée par l'OFSP pour le domaine des addictions, qui se centre sur les processus de gestion et de support.
- La norme ISO 9001 (système de management de la qualité).
- Le label de qualité eduQua, développé par le Secrétariat d'État à l'économie (SECO), qui assure la qualité des formations continues.
- La norme IN-Qualis, qui est également un système de management de la qualité créé pour améliorer la qualité dans le domaine des prestations d'insertion.

Par ailleurs, il y a un certain nombre d'indicateurs au niveau national. On peut observer qu'il y a une adéquation avec la terminologie traditionnelle, notamment l'optique du traitement. En effet, les indicateurs sont influencés et conçus selon cette dimension : ils se focalisent sur le moment de l'entrée (l'état A) et sur celui de la sortie (l'état B).

- Un instrument de mesure consiste en l'**application de questionnaires standardisés, utilisés par toutes les institutions au niveau national, auprès des bénéficiaires suite à l'entrée, puis à la sortie de l'institution** (voir « *Projet global act-info* », Addiction Suisse, s.d.). Le premier questionnaire se structure autour du « cadre de la prise en charge » (types de prises en charge antérieures au séjour), des « données sociodémographiques » (profilage), des « aspects en lien avec le problème » (types de consommation, fréquence), et de la « santé » (dépistages VIH, hépatites, etc.). Quant à celui portant sur la sortie, il se focalise également sur le « cadre de la prise en charge » (raisons pour lesquelles le traitement a été finalisé, et mise en place d'une « postcure » ou non), et reprend pratiquement les mêmes éléments que les questionnaires d'entrée, c'est-à-dire se centrent sur les éventuels changements des conditions sociodémographiques de la personne après son séjour, ainsi que sur les « aspects en lien avec le problème », soit si elle ne consomme plus, ou si elle consomme moins, autant ou davantage.
- Un autre indicateur est l'**enquête de « satisfaction clientèle » à travers le questionnaire standardisé « Quality Therapy Satisfaction Instrument (QuaTheSI)** qui permet aux institutions du domaine des addictions — dont celles résidentielles — d'évaluer leurs prestations sur la base de la satisfaction des bénéficiaires. Les données sont essentiellement quantitatives et mettent l'accent sur

des aspects très divers en lien avec les prestations, tels que les activités de conseil, les personnes de référence, les aspects organisationnels, les locaux, l'équipe, etc. Les résultats montrent globalement que les bénéficiaires sont très satisfaits. Ces sondages sont nécessaires, à l'instar d'autres enquêtes de satisfaction, par exemple dans le milieu éducatif ou celui de l'entreprise, mais étant donné que le périmètre de l'enquête est circonscrit aux prestations (à travers l'appréciation des bénéficiaires), on obtient peu de renseignements sur la plus-value pour les bénéficiaires. De plus, ce type d'enquête comporte un certain nombre de limites, par exemple la satisfaction risque d'être surestimée, à plus forte raison si l'enquête par questionnaire se déroule dans l'institution même.

- On dispose également du **nombre d'institutions et de places disponibles au niveau national qui servent à déterminer le taux d'occupation d'une année à l'autre**, et à formuler certaines hypothèses quant aux causes des variations annuelles (Guillaume et al., 2020). Bien que ces indicateurs soient utiles dans le sens où ils permettent un survol très général et répondent à des impératifs de gestion, ils comportent certaines limites au moment de mesurer l'impact des pratiques des professionnels sur les bénéficiaires.
- Un autre outil d'évaluation en vigueur est celui de l'**Indice de Gravité de la Toxicomanie** (IGT) développé initialement en Amérique du Nord (*Addiction Severity Index en anglais*). Il comprend 190 questions qui permettent d'évaluer la gravité des problèmes en lien avec les consommations, de fournir un score de gravité allant de 0 à 9 et de quantifier le besoin de traitement (Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues, 2004).

Ces données objectivables ne sont pas dénuées d'intérêt, cependant elles laissent dans l'ombre des aspects très importants, tels que la perception des bénéficiaires, par exemple quant à l'amélioration de leur qualité de vie dans une perspective de rétablissement. Au moment d'évaluer et rendre compte, il conviendrait ainsi d'intégrer ces éléments subjectifs, comme l'expérience des bénéficiaires au sein de l'institution, ainsi que leurs préoccupations, leurs souhaits, leurs observations, etc., et leur permettre de s'exprimer par rapport aux dimensions du rétablissement, telles qu'elles ont été explicitées auparavant.

Cela permettrait de bénéficier d'une vision plus exhaustive du chemin qui a été parcouru au sein de la structure. Cette vision correspondrait davantage au dynamisme du modèle du rétablissement. Comme on a pu l'observer, l'un des axes de travail le plus important des structures résidentielles se situe au niveau de l'acquisition de compétences sociales et relationnelles ; ces structures répondent à des problématiques relationnelles en lien avec l'addiction, aussi leur évaluation (qu'elle soit interne ou externe) se doit également d'examiner leurs activités sous le prisme du relationnel, ce qui implique l'intégration d'aspects tels que le bien-être subjectif.

7.3.3 La gouvernance : quels enjeux ?

Ces réflexions sur la terminologie ainsi que les indicateurs concernent aussi indirectement la gouvernance des institutions. En effet, le travail d'accompagnement des éducateurs auprès des bénéficiaires, et de manière générale, les activités qui ont été examinées dans le cadre de ce travail, reposent sur toute une architecture administrative et financière.

Les institutions résidentielles comprennent une équipe de travail qui est managée par une direction ; dans la majeure partie des cas²³, cette dernière dépend d'un conseil de fondation, garant de la vision, des valeurs et des principes de base qui ont inspiré sa création, qui se charge de fixer les orientations stratégiques et d'évaluer les activités de l'institution. À son tour, en tant qu'organe d'utilité publique, la fondation reçoit des mandats d'un canton donné. Autrement dit, le canton achète des prestations à la fondation qui fixe des missions et délègue des tâches à la direction.

D'après les informations recueillies auprès des professionnels et des directions, il semble qu'il puisse y avoir dans certains cas des discordances entre la perspective des professionnels façonnée par le travail de terrain et celles des membres du conseil de fondation. En effet, le conseil a un rôle précis dans le droit Suisse : leur principal rôle est d'élaborer des stratégies qui soient en étroite adéquation avec l'intention du fondateur. Or, celle-ci remonte souvent à plusieurs décennies et s'inscrit précisément dans une vision assez traditionnelle du résidentiel. Le fait que les membres du conseil de fondation soient recrutés par cooptation tend à renforcer ce phénomène.

Il ressort également que ces derniers sont fréquemment issus de milieux socioprofessionnels différents et exercent leurs activités sur le mode du bénévolat, aussi trouve-t-on des compétences élargies, ce qui comporte un certain nombre d'avantages en termes de pluridisciplinarité et capital relationnel, toutefois il n'y a généralement pas de membres spécialisés en matière d'addiction, de travail social et d'innovation sociale.

Alors que la fondation est par définition stable et centrée sur la continuité des principes qui ont motivé son origine, l'institution résidentielle se doit d'être dynamique, innovante et adaptative face à l'évolution rapide du contexte. En d'autres termes, des tensions peuvent naître du décalage entre un cadre juridico-administratif à caractère statique et des prestations qui se doivent d'être diversifiées, proactives et correspondre aux mutations à la fois du contexte et à la fois des attentes et besoins des bénéficiaires.

Face à ces constats, un certain nombre d'enjeux et pistes d'action ont été identifiés :

²³ Seuls Argos, l'Envol et le Radeau ont le statut d'association et non de fondation. Outre le fait que d'un point de vue juridique les deux figures sont régies par des articles différents du Code civil suisse (droit associatif et droit de la fondation), l'association est un regroupement de personnes poursuivant un objectif commun qui n'est pas économique, alors que la fondation constitue une personne morale qui gère des biens (argent, immobilier) dans un but donné.

- Améliorer la coordination entre les conseils des différentes fondations en stimulant ou renforçant les échanges et réflexions, dans le but de maintenir un lien entre la pratique et les décisions stratégiques.
- Assurer une meilleure représentativité de spécialistes des addictions qui sont au bénéfice d'une expérience de terrain dans le conseil de fondation.
- Mettre en œuvre une stratégie d'intégration et participation des personnes concernées dans les structures décisionnelles.

7.3.4 Pistes de réflexion

Sur la base de la terminologie ainsi que des différents indicateurs qui ont été évoqués, les institutions résidentielles sont amenées à démontrer leur taux de réussite. Comme on a pu l'observer, les questions relatives au « succès », à la « réussite », ou encore à l'« échec » d'un séjour en institution occupent une place importante dans le discours de certains partenaires, notamment provenant de la sphère de la justice. Par ailleurs, ces questions font également écho à certains discours des professionnels qui mettent l'accent sur les difficultés à justifier à travers des indicateurs quantitatifs devant les pouvoirs publics des prestations souvent difficiles à objectiver.

Cette question légitime du taux de réussite a cependant conduit régulièrement à des malentendus sur la nature de la « réussite » mesurée. Le présent travail vient fournir une contribution majeure à cette question, en montrant la dissonance qui existe actuellement entre la plus-value réelle de ces services et le type d'indicateurs que les professionnels eux-mêmes mobilisent. Alors que les prestations ont évolué, dans le sens du rétablissement, des droits humains et de la nouvelle Stratégie Addictions, les indicateurs utilisés restent liés à l'ancienne conception du résidentiel, qui se décline en « maintien de l'abstinence », « employabilité », ou encore « rechute ».

Dans les années 1980-1990, les prestations résidentielles étaient encore principalement orientées sur le produit ainsi que la nécessité de l'éliminer de la vie des gens, dans une perspective de retour sur le marché du travail. Dans cette perspective, le taux de réussite prend alors tout son sens et se définit naturellement par la consommation et la rechute (voir point 3.4.3). L'objectif clair et commun pour tous (abstinence et rechute) se laisse peut-être mesurer facilement et permet des comparaisons.

Dans le modèle du rétablissement, qui est aujourd'hui la boussole du résidentiel, le concept de « taux de réussite » doit également être mis à jour. Les questions liées à l'abstinence ou l'insertion sont traitées différemment. Elles restent un objectif important, mais ne sont plus les seuls objectifs. Il n'est donc plus possible de comparer des situations, tel qu'on peut le faire dans un processus standardisé, qui soit administratif ou sanitaire. La multiplicité des objectifs, définis par la personne, ne permet plus de parler de manière univoque de « taux de réussite », car il n'y a plus une seule réussite, mais des réussites. Dès

lors, il n'est plus possible de manier un indicateur de type « taux de réussite » de la même manière, dans une logique comparative.

Des données cantonales montrent clairement des « réussites » importantes. C'est par exemple le cas à Genève (rapport Argos) ou Vaud (donnée IGT/ASI à la sortie). Elles rejoignent les conclusions de ce rapport, qui montre la diversité des apports et des « réussites ». Le modèle du rétablissement nous force alors à changer de perspective. Le parcours de la personne, qui n'est plus considéré comme linéaire, ne peut plus se résumer à une valeur, comme on le ferait dans d'autres domaines spécifiques de la santé. Ici, la logique de la gouvernance par indicateurs, du moins pour l'instant, trouve une limite importante : l'impossibilité matérielle de réduire le résultat à une valeur unique.

Pour surmonter cet obstacle et mettre à jour un système de suivi de la qualité des prestations, notamment pour le public, trois pistes semblent possibles :

- 4) **Le renouvellement des indicateurs** : construire de nouveaux indicateurs, qui intègrent les dimensions évoquées dans le rapport. Cela aurait l'avantage de fournir une vision précise des dimensions touchées par la prestation. Le coût de mise en œuvre d'un tel système serait par contre extrêmement élevé.
- 5) **La prise en compte la perspective qualitative de la personne** : dans le modèle du rétablissement, le parcours doit être considéré à travers les yeux et le ressenti de la personne, sur les différentes dimensions du modèle. Une telle démarche peut déjà exister ici et là, comme le passage de questionnaire détaillé à la sortie.
- 6) **Une meilleure collaboration entre les conseils** : afin de stimuler les débats au sein des institutions et d'accompagner le changement, des forums d'échanges ou autres lieux d'apprentissage collectifs entre conseils pourraient être favorisés.

8. Conclusions

Au niveau individuel, les bénéficiaires des résidentiels retirent de multiples plus-values qui dépendent étroitement de leurs situations. La recherche aura mis en lumière de nombreux aspects de la vie quotidienne sur lesquels cette offre semble avoir un impact. Ce catalogue hétéroclite pointe cependant dans la même direction et frappe par sa cohérence. Il s'agit de réapprendre à vivre en société, après une période mouvementée ou certaines compétences de base ont été malmenées. En ce sens, on peut dire que l'une des contributions majeures des institutions résidentielles est de favoriser une plus grande autonomie des personnes dans un rapport apaisé avec les autres.

À travers l'effet structurant du résidentiel, ainsi que possibilité de réflexion, d'apprentissage, d'autoresponsabilisation ou encore l'acquisition de ressources, les bénéficiaires parviennent à (re) développer des compétences sociales et relationnelles qui ont été émoussées par des problématiques diverses d'addiction. De ce point de vue, le résidentiel constitue par là même un lieu de participation et construction de la citoyenneté, pour retrouver une place dans la société. Plus que le produit lui-même, c'est donc la dynamique sociale des personnes qui est au centre du parcours thérapeutique du résidentiel. Cela semble correspondre à la vision moderne des addictions, corroborée par les neurosciences, qui considère la dépendance comme une maladie du lien et de la relation à l'autre. Le résidentiel apparaît donc avant tout comme une prestation qui permet aux personnes de regagner des compétences qui vont leur permettre d'évoluer en société de manière autonome. En ce sens, il participe directement à rétablir une certaine égalité des chances en matière de santé.

La recherche récente, notamment dans le domaine des neurosciences, aura permis de comprendre la place fondamentale qu'a le rapport aux autres dans l'addiction. Celle-ci devient avant tout un redéploiement des stratégies de la personne vers le produit, la coupant de son environnement social, qui est pourtant vital. Les prestations du résidentiel aujourd'hui correspondent exactement à ce défi. Celui de retrouver un chemin vers l'autonomie par un rapport apaisé au monde et aux autres. C'est dire que le résidentiel se concentre désormais davantage sur les causes (rapport aux autres) que sur les conséquences (consommation de produit).

Dans les années 1980, l'insertion sociale était encore pensée comme un chemin qui passe par l'acquisition d'un travail sur le marché primaire du travail. Cet objectif demeure aujourd'hui, mais apparaît de plus en plus éloigné pour tous les acteurs. Le résidentiel se concentre maintenant sur les étapes précédentes, que nous pourrions qualifier comme « les compétences de base » : le rapport aux autres, le sentiment de sécurité, le désir d'entreprendre, sont autant de domaines qui démontrent une plus-value certaine pour les personnes, mais aussi pour la communauté dans son ensemble. Promouvoir l'autonomie et la pacification des relations sociales permet en effet de soulager de nombreux services, ainsi que l'entourage des personnes concernées. Le résidentiel apparaît donc livrer une contribution significative bien au-delà de la seule variable thérapeutique liée à une substance. Si la dimension du rapport à la substance (notamment l'abstinence) n'est pas forcément toujours au centre du travail aujourd'hui, cela n'enlève rien à l'utilité d'une offre spécifique addictions en la matière. Les compétences qui sont travaillées en résidentiel

sont en effet exactement celles qui sont laissées en cas d'addiction. Ces dimensions s'inscrivent pleinement dans la Stratégie nationale Addictions 2017-2024 qui met précisément l'accent sur la « qualité de vie », la « prise de responsabilité » ou encore le renforcement des « compétences en matière de santé ».

L'étude aura permis aussi de mettre en lumière une grande diversité de prestations, notamment sur le type de services concernant les produits (la gestion des consommations, ou sur l'expérimentation de l'abstinence). Elles s'inscrivent cependant toutes dans ce nouveau paradigme esquissé dans le rapport, où l'on peut reconnaître la prégnance des idées du courant du rétablissement. Cette diversité d'offre apparaît éminemment complémentaire. Elles constituent des moyens pour parvenir à des fins, c'est-à-dire globalement une meilleure qualité de vie, un rétablissement et une vie plus autonome en société. Ces processus ne sont pas dénués d'obstacles : lors de la sortie de l'institution, il peut y avoir pour les bénéficiaires un certain décalage entre le cadre protégé de la structure et la réinsertion dans une société à la fois exigeante et excluante, en particulier pour des publics déjà fragilisés.

Les épisodes de reconsommation qui parfois débouchent sur de nouvelles crises sont une manifestation de ces difficultés de (ré) insertion dans un contexte où les facteurs structurels, notamment liés au logement et au travail, sans compter la stigmatisation, sont très contraignants. Dans ce type de situation, ce serait une erreur de remettre en question l'utilité des institutions résidentielles : un épisode de reconsommation ne signifie pas que les acquis sont perdus pour autant. Par contre, l'un des enjeux majeurs concerne précisément l'après-résidentiel, c'est-à-dire d'envisager comment atténuer le caractère abrupt de la sortie du résidentiel, et comment maintenir ou faire fructifier les acquis du résidentiel sur le long terme.

Enfin, dans l'optique des différents partenaires, le résidentiel comporte un certain nombre d'apports : il permet fréquemment de prendre en quelque sorte le relais lors de situations de crise, notamment en milieu hospitalier et psychiatrique, et contribue également à désengorger ces services. Il constitue dans cette perspective une soupape de sécurité. L'hypothèse peut être ainsi formulée, à savoir que les bénéficiaires du résidentiel, qui y auront acquis ou renforcé leurs compétences, seront moins enclins à solliciter et surcharger les autres offres actuelles. Le présent rapport envisage des pistes de réflexion et analyse, mais ne porte pas sur une quantification de cet apport concret au réseau public, aussi des travaux pourraient être entrepris dans ce sens.

Institutions résidentielles : dimensions générales

Quelles situations ?	Problématiques complexes en lien avec les addictions
Que procure le lieu ?	Hébergement, accompagnement par des professionnels 24/7, autosupport du groupe et sécurité (distanciation d'un milieu ou des relations liées à la consommation)
Quelles modalités ?	Travail sur la non-consommation Travail sur la consommation non problématique (Ré)activation des compétences sociales et relationnelles
Quelles activités ?	Communautaires, occupationnelles, motivationnelles et en lien avec l'emploi
Quels apports pour l'individu ?	Autonomie, responsabilisation, auto-régulation, rétablissement
Quels apports pour le réseau sociosanitaire ?	Gestion des situations complexes ; évite la surcharge de certains services
Quels apports au niveau de la société ?	Égalité des chances dans le domaine de la santé et citoyenneté

Tableau 5: caractéristiques générales du résidentiel

9. Références bibliographiques

- Addiction Suisse. (s.d.). *Projet global act-info*. <https://www.addictionsuisse.ch/recherche-scientifique/act-info/>
- Baronnet, J. (2012). Les coûts économiques, sociaux et sanitaires du mal logement. *Recherche sociale*, n° 204 (4), 7-85.
- Becker, H. S., Briand, J.-P., & Chapoulie, J.-M. (2020). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*. Métailié.
- Bonvin, J.-M. (2018). L'approche par les capacités : Un concept pour les addictions ? *Dépendances*, n° 59.
- Bonvin, J.-M., & Rosenstein, E. (2015). L'accessibilité au prisme des capacités. In *Accessibilité et handicap* (p. 25-48). Presses universitaires de Grenoble. <https://www.cairn.info/accessibilite-et-handicap--9782706122255-page-25.htm>
- Boudier, B. (2017). *Quelle place pour le secteur résidentiel dans le dispositif addiction vaudois de demain ?* Mémoire de Master Advanced Studies : Haute école de travail social de Genève.
- Burkhard, P., Egli, T., Simmel, U., Dietrich, N., Schweiz, Bundesamt für Gesundheit, Koordinationsgruppe Finanzierung Stationäre Suchttherapie, & Schweizerische Koordinationsstelle für Stationäre Therapieangebote im Drogenbereich. (2003). *Fisù fidé : Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances : manuel*. Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE).
- Caillaud, S. (2010). Représentations sociales et significations des pratiques écologiques : Perspectives de recherche. *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement*, n° 2(10). <https://doi.org/10.4000/vertigo.9881>, page consultée le 26.04.2021.
- Caillaud, S., & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. In G. Lo Monaco, S. Delouée & P. Rateau (Dir.), *Les représentations sociales*. De Boeck.
- Castel, R. (2009). *La Montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*. Le Seuil.
- Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues. (2004). *Processus d'indication*. https://www.infodrog.ch/files/content/indikation_de/koste_tagungsbericht_indikationii_de_fr_2004.pdf, page consultée le 26.04.2021.
- Lloyd, C. (2010). *Sinning and Sinned Against: The Stigmatisation of Problem Drug Users* (p. 74). UK Drug Policy Commission. <https://www.release.org.uk/sites/default/files/pdf/publications/Sinning%20and%20si>

nned%20against%20-%20the%20stigmatisation%20of%20problem%20drug%20users%20(August%202010)1.pdf, page consultée le 26.04.2021.

CNRTL. (2012). *ABSTINENCE : Définition de ABSTINENCE*. <https://www.cnrtl.fr/definition/abstinence>, page consultée le 26.04.2021.

Commission nationale de prévention de la torture. (2020). *Mesures thérapeutiques institutionnelles*. Confédération suisse. <https://www.nkvf.admin.ch/nkvf/fr/home/thematische-schwerpunkte/strafrechtliche-freiheitsentzuege--straf--und-massnahmenvollzug/stationaere-therapeutische-massnahmen.html>, page consultée le 26.04.2021.

Conférence latine des autorités cantonales compétentes en matière d'exécution des peines et des mesures. (2018). *Décision du 29 mars 2018 fixant les prix pour la journée de détention avant jugement ou d'exécution d'une sanction pénale ou d'une mesure, en force ou à titre anticipé, effectuée dans les établissements du Concordat latin*. https://www.cldjp.ch/wp-content/uploads/2018/04/D%C3%A9cision-prix-de-pension-180329_s.pdf, page consultée le 26.04.2021.

Conseil fédéral. (2017). *Conséquences de la numérisation sur l'emploi et les conditions de travail : Opportunités et risques. Rapport du Conseil fédéral donnant suite aux postulats 15.3854 Reynard du 16 septembre 2015 et 17.3222 Derder du 17 mars 2017* (p. 117). Confédération suisse. <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/50255.pdf>, page consultée le 26.04.2021.

Corrigan, P., Schomerus, G., & Smelson, D. (2017). Are some of the stigmas of addictions culturally sanctioned? *British Journal of Psychiatry*, n° 210(3), 180-181. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185421>, page consultée le 26.04.2021.

Da Cunha, A., Caprani, I., Martins, E., Schmid, O., & Stofer, S. (2010). *Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social*.

État de Genève. (2010, décembre 22). *E 1 05.10— Règlement fixant le tarif des frais en matière civile (RTFMC)*. https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_e1_05p10.html, page consultée le 26.04.2021.

État de Genève. (2018, janvier 31). *J 3 05.19— Règlement fixant les tarifs provisoires des prestations de soins psychiatriques fournies par les établissements hospitaliers selon la structure tarifaire TARPSY (régime sans convention)(RTPEH-TARPSY)*. https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_J3_05p19.html, page consultée le 26.04.2021.

Fedlex. (2020). *RS 311.0— Code pénal suisse du 21 décembre 1937*. Confédération suisse. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/fr, page consultée le 26.04.2021.

Ferreira, C., & Maugué, L. (2017). Prévenir le risque de récidive par l'obligation de soins : Les apories de l'article 59 du code pénal suisse. *Champ pénal/ Penal field, Vol. XIV*. <https://doi.org/10.4000/champpenal.9473>, page consultée le 26.04.2021.

Fleury, M.-J., Chauvet, M., Kamgang, E., Simoneau, H., Ngu, A. N., & Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU). https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_Les-troubles-li%C3%A9s-%C3%A0-l'utilisation-de-substances-psychoactives-2015.pdf, page consultée le 26.04.2021.

Ganne, C. (2017). L'analyse séquentielle des parcours : Pour une approche longitudinale et non causale des effets des interventions sociales. *Vie sociale, n°18(2)*, 25-44.

GCDP. (2017). *La perception du problème mondial des drogues : Vaincre les préjugés vis-à-vis de personnes qui consomment des drogues* (p. 48). Global Commission on Drug Policy. http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/04/GCDP-Report-2017_Perceptions-FRENCH.pdf, page consultée le 26.04.2021.

Gehrig, M., Kilian, K., & Stettler, P. (2012). *Financement du traitement résidentiel des dépendances Situation actuelle, nécessité d'intervenir et possibilités d'action—Rapport final*. BASS. https://www.infodrog.ch/files/content/finanzierung_fr/bag_2012_finanze_stat_suchttherapie_schlussbericht_f.pdf, page consultée le 26.04.2021.

Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minit.

Guillaume, M., Eckmann, F., & Reck, M. (2020). *Monitoring des institutions de thérapie résidentielle des addictions : nombre de places et taux d'occupation en Suisse en 2019*. Infodrog Centrale nationale de coordination des addictions. https://www.infodrog.ch/files/content/statistik_fr/infodrog_rapportmonitoringinstitutionstherapiesresidentielles2020.pdf, page consultée le 26.04.2021.

Herrmann, H., Simmel, U., Chisholm, A., Dietrich, N., & Keller, A. (2006). *Stationäre Suchttherapie Schweiz | Finanzierung* (p. 31). Infodrog. https://www.infodrog.ch/files/content/finanzierung_de/infodrog_stationaeretherapie_finanze2004-2005.pdf, page consultée le 26.04.2021.

Jaeger, M. (2017). Une nouvelle temporalité dans l'action sociale et médico—Sociale. *Vie sociale, n°18(2)*, 45-56.

Couteron, J.-P. (2016). *La société addictogène*. Journée d'échanges interdisciplinaires du GREA : Chômage, addictions et insertion : favoriser la collaboration interinstitutionnelle, Hôtel Alpha-Palmiers, Lausanne. https://www.grea.ch/sites/default/files/8_0.pdf, page consultée le 26.04.2021.

- Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif—4e éd.* Armand Colin.
- Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, n°2(1), Article 1. <https://doi.org/10.7202/007187ar>, page consultée le 26.04.2021.
- Le Temps. (21 janvier 2018). Addiction Valais dans la tourmente. *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/suisse/addiction-valais-tourmente>, page consultée le 26.04.2021.
- Maisondieu, J. (2017). Les addictions ne sont pas seulement des maladies. *Dépendances*, n°59, 12-14.
- Merçay, C. (2018). *Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales (Obsan Dossier 64)*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan_dossier_64.pdf, page consultée le 26.04.2021.
- Nicole Bichsel & Philippe Conus. (2017). La stigmatisation : Un problème fréquent aux conséquences multiples. *Rev Med Suisse*, n°13(551), 478-481.
- OFSP. (2021). *Stratégie nationale Addictions*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>, page consultée le 26.04.2021.
- OIT. (2006). *S'attaquer aux « déficits de travail décent »*. Organisation internationale du Travail. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071252/lang--fr/index.htm, page consultée le 26.04.2021.
- OMS. (2021). *Constitution*. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>, page consultée le 26.04.2021.
- Paugam, S. (2012). Les formes contemporaines de la disqualification sociale | ceriscope. *CERISCOPE Pauvreté*. <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part5/les-formes-contemporaines-de-la-disqualification-sociale>, page consultée le 26.04.2021.
- Pedrero-Pérez, E. J. (2015). *¿Qué es y qué no es la adicción? Evidencia científica disponible*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2217.5208>, page consultée le 26.04.2021.
- Poirot, I., & Schröder, C. (2016). *Sommeil, rythmes et psychiatrie*. Dunod.
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement : Perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, n°27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>, page consultée le 26.04.2021.
- Roduit, P. (2012). *Les offres résidentielles en matière de traitement des addictions : Le temps de l'« innovation adaptative »*. Association romande et tessinoise des institutions d'action

sociale. https://www.grea.ch/sites/default/files/Dossiermai_juin12.pdf, page consultée le 26.04.2021.

Romagnoli, S. (2017). La maladie comme catégorie morale. *Dépendances*, n° 59.

Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Ed. du Seuil.

Staszak, J.-F. (2000). Prophéties autoréalisatrices et géographie. *Espace géographique*, n°29(2), 105-119. <https://doi.org/10.3406/spgeo.2000.1981>, page consultée le 26.04.2021.

Tharin, A. (2014). *Complémentarité et articulation des approches médico-sociales dans le champ des addictions : Analyse des pratiques de 9 intervenants du dispositif vaudois et de leurs perceptions du rapport de partenariat*. Travail de mémoire effectué dans le cadre du Master of Advanced Studies en action et politiques sociales, Lausanne, Haute école de travail social et de la santé – EESP.

Ybema, S., Yanow, D., Wels, H., & Kamsteeg, F. H. (2009). *Organizational Ethnography : Studying the Complexity of Everyday Life*. SAGE.