



Quelle place pour le secteur résidentiel
dans le dispositif addiction vaudois de
demain ?

Ou : le tout est-il supérieur à la somme des parties ?

Travail de Master post grade

Directrice de Travail de Master
Viviane Prats
Volée 2014-2017

Bruno Boudier

Table des matières

Remerciements.....	4
Résumé	5
1. Introduction.....	6
2. Définitions	7
2.1. <i>Addiction</i>	7
2.2. <i>Comorbidité</i>	7
2.3. <i>Fondation</i>	8
2.4. <i>Fusion de fondations</i>	8
3. Approche modélisée transdisciplinaire des addictions.....	9
4. Évolution des dispositifs de lutte contre les toxicodépendances	10
4.1. <i>Contexte suisse</i>	10
4.1.1. Influence des principes de nouvelle gestion publique sur le financement des prestations sociales	11
4.1.2. Cadre légal suisse en matière de gestion des dépendances	11
4.1.3. Contraintes et coûts de prises en charge	12
4.1.4. Répartition des places	13
4.2. <i>Contexte vaudois</i>	14
4.2.1. Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)	15
4.2.2. La filière d'hébergement psychiatrique	16
4.2.3. Structures vaudoises d'accueil en résidentiel	18
4.2.4. Indications résidentielles vaudoises	19
4.2.5. Panorama des institutions vaudoises	20
5. Méthodologie	24
5.1. <i>Contexte de l'étude</i>	24
5.2. <i>Problématique</i>	24
5.2.1. Adaptation des institutions.....	24
5.2.2. Fusion des institutions.....	25
5.4. <i>Démarche méthodologique</i>	27
5.5. <i>Échantillon</i>	28
6. Analyse SWOT/MOFF	29
6.1. <i>Origines externes/environnementales</i>	30
6.1.1. Menaces	30
6.1.2. Opportunités.....	36
6.2. <i>Origines internes / organisationnelles</i>	41
6.2.1. Forces	41
6.2.2. Faiblesses	43
7. Discussion	49
7.1. <i>Prestations</i>	49
7.2. <i>Ressources humaines</i>	50
7.3. <i>Financement</i>	50
7.4. <i>Planification</i>	51
7.5. <i>Management des institutions</i>	53
7.6. <i>Aspect des gouvernances</i>	54
7.7. <i>Statuts</i>	55

8. Conclusion	56
8.1. <i>Limites de la recherche</i>	56
8.2. <i>Recommandations</i>	57
8.3. <i>Retour sur la question de recherche</i>	60
11. Bibliographie	62
Annexes	70
Annexe 1 : Liste des acronymes.....	71
Annexe 2 : Institutions du réseau addictologique vaudois	73
Annexe 3 : Demande d'interview envoyée par courriel	77
Annexe 4 : Questions de relance lors des entretiens	78
Annexe 5 : Synthèse SWOT/MOFF des entretiens	80
Annexe 6 : Regroupement des interventions par catégorie SWOT/MOFF	84
Annexe 7 : Engagements de l'auteur du mémoire	89

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes interviewées pour le temps qu'elles m'ont offert et leur éloquence, sans quoi ce travail n'aurait pas pu contenir la « substantifique moelle » nécessaire à la pertinence de mon propos.

Et en particulier :

Merci à Mme Viviane Prats, ma directrice de mémoire pour son énergie communicative.

Merci aussi à mes collègues de la Fondation Bartimée pour leur patience, leur tolérance et leurs encouragements.

Merci à M. Alvarez¹, pour son interview sans ambages.

Merci à mes collègues du MAS pour nos co-encouragements dans cette dynamique de groupe si positive et que j'espère leur avoir restituée au moins à part égale.

Enfin, je remercie infiniment mon épouse, le mentor de tous les instants de ma vie d'adulte et qui m'a (à nouveau) laissé l'espace nécessaire pour réaliser ce travail de mémoire.

¹ Nom d'emprunt

Résumé

La problématique des troubles liés à l'addiction représente une préoccupation majeure des professionnels dispensant des prestations médicales et sociales. Celles-ci requièrent une expertise essentielle à la qualité des soins qui doit aussi répondre aux exigences étatiques de maîtrise des coûts et d'efficacité des prises en charge. Dans ce contexte, l'efficience² des traitements pour personnes toxicodépendantes en institution résidentielle est régulièrement remise en question.

Plusieurs cantons ont opté pour la fondation d'une institution spécialisée dans les prises en charge globales des addictions, regroupant les services résidentiels entre eux ou avec les centres ambulatoires. Leur ambition consiste à proposer un traitement prenant mieux en compte l'intégralité du parcours des usagers de drogues.

Cette étude a pour but d'explorer l'évolution des différents dispositifs de prise en charge des personnes toxicodépendantes dans les cantons romands, en particulier dans le canton de Vaud. Afin d'étudier les différents aspects (positifs ou négatifs, internes ou externes) une analyse thématique de huit entretiens de professionnels-clefs a été entreprise.

L'analyse du matériau de recherche traitera des stratégies adoptées par les cantons investigués dans la restructuration de leur dispositif spécialisé dans le traitement des addictions.

Enfin, une série de recommandations proposera des propositions d'améliorations pour la congruence et la complémentarité des prestations destinées aux personnes toxicodépendantes dans le canton de Vaud.

² L'efficience d'une prestation représente le rapport équilibré entre ses coûts et son efficacité

1. Introduction

Les institutions spécialisées dans les prises en charge des personnes toxicodépendantes ont traversé durant ces quinze dernières années de multiples crises provoquant des mutations conséquentes de leurs missions initiales.

En quinze ans, le secteur résidentiel a adapté à plusieurs reprises sa ligne thérapeutique, en fonction de l'évolution du profil des personnes dépendantes, des orientations cantonales³ en matière de prise en charge des personnes en grandes difficultés sociales, ainsi que par rapport à la vision de l'intérêt thérapeutique en milieu résidentiel des organismes responsables de l'indication des usagers.

Ces trois paramètres requièrent de réelles qualités de visionnaire chez les managers pour être maîtrisés, voire pour anticiper les crises institutionnelles. En effet « le métier de directeur se situe aujourd'hui au centre d'une double évolution : d'une part une problématisation permanente du « bien commun », d'autre part, la recherche (constante) d'efficacité et de productivité » (Gather-Thurler, Kolly Ottiger, Losego et Maulini, 2017, p.13). Les crises se repèrent en général par une baisse du taux d'occupation de l'établissement, ce qui génère un déficit financier, pouvant menacer la pérennité de l'institution.

Ces événements critiques dans la trajectoire d'une institution montrent aussi la difficulté des dirigeants, d'anticiper l'adéquation de l'offre avec la demande. En effet, « Il revient (...) constamment aux directeurs de réinterroger la situation afin de dégager les priorités » (Gather-Thurler, et al., 2017, p.183). La complexité actuelle de la gestion d'une institution comme la Fondation Bartimée génère une agitation ambiante qui peine à devenir « des plages d'actions significantes, porteuses de sens » (Gather-Thurler et al., 2017, p.184) et de créativité.

Les problèmes de surcapacité ou de compatibilité entre concepts et interventions interdisciplinaires, par exemple médicaux versus psycho-éducatifs, dévoilent un réseau addictologique en crise.

Un regroupement d'institutions pourrait alors renforcer le développement de leur efficience et exercer une réelle influence sur les politiques sociales et de santé publique. En effet, l'opportunité d'une fusion pourrait constituer une stratégie de sortie de crise par une dynamique constructive, en modifiant notablement le réseau addiction du canton. Ces nouvelles tendances, issues des planifications de gestion publique, conduiraient logiquement à penser un futur du dispositif addiction Vaudois plus complémentaire que concurrentiel.

³ Axes cantonaux SPAS et SSP promouvant la recherche d'alternatives aux placements résidentiels

2. Définitions

2.1. Addiction

L'addiction est considérée comme un phénomène bio-psycho-social, c'est-à-dire multifactoriel et à gravité variable. L'équation de l'addiction est définie par Morel, Couteron et Fouillard (2015, p. 63) par la formule « $E = SIC$ ». « L'expérience psychotrope (E) est la résultante des facteurs liés à la substance consommée (S), à l'individu qui consomme (I) et au contexte de celui-ci (C) au moment où il consomme, le S signifiant aussi les déclencheurs d'envie [...] Ces interactions sont fondamentales pour comprendre, pour prévenir et pour soigner » (Morel et al., 2015, p. 63). Telle que proposée par ces auteurs, l'addiction représente une rencontre entre une substance psychotrope, un individu, un contexte socio-économique et affectif propice, des expériences favorables de consommation, le tout validant le facteur de risque de chronicité de l'addiction.

Identifiée comme une maladie par la médecine, elle est décrite dans la Classification internationale des maladies (CIM-10)⁴ (Organisation mondiale de la santé, 2008), et dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). Ce dernier parle d'addictions et de troubles associés à l'usage d'une substance.

2.2. Comorbidité

La comorbidité, ou double diagnostic, est définie comme la « co-occurrence chez un même individu d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatrique⁵ » (European monitoring centre for drugs and drug addiction, 2016, p.1).

Le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) définit le rapport entre les comportements addictifs et les diagnostics psychiatriques ou somatiques, les comorbidités. Elles peuvent être primaires ; antérieures à la survenue de la dépendance ou secondaires ; causées par des comportements ou événements en lien direct avec la consommation régulière de psychotropes. Ce manuel établit une corrélation entre chaque produit addictif et les diagnostics psychiatriques usuels. L'incidence des symptômes psychiatriques chez les toxicodépendants est particulièrement élevée et serait de plus de 80% selon l'étude de Torrens et Rossi (2012, cités par Gothuey, 2012).

Selon Broers (2005), il existe trois types de comorbidités en lien avec les addictions. Les comorbidités sociales (inactivité professionnelle, solitude, etc.), les comorbidités

⁴ La 10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) est une classification statistique codant les signes, symptômes et maladies, au niveau médical, mais aussi les circonstances sociales et causes externes. Les troubles mentaux, dont font partie les addictions, sont répertoriés au chapitre 5 (F00 à F99) (Organisation mondiale de la santé, 2008).

⁵ Traduction de l'anglais

somatiques (hépatites, VIH, etc.) et enfin les comorbidité psychiatriques (troubles psychotiques, troubles de la personnalité, etc.).

L'indication aux traitements, résidentiels ou ambulatoires, dépend de la combinaison des troubles addictifs avec ceux multi-morbides de la personnalité addictive. Les traitements intégrés représentent, avec les traitements psychosociaux, un apport dans les prises en charge, supérieur au case-management ou aux psychothérapies (Drake, Mueser, Brunette et McHugo, 2004 ; Clearly, Hunt, Matheson, Siegfried et Walter, 2008).

2.3. Fondation

Une fondation est une personne morale⁶ ayant comme élément essentiel des biens qui sont affectés à un but spécial, tel que la réinsertion sociale et professionnelle des personnes toxicodépendantes.

Le droit d'une fondation est régi par les articles 80 et suivants du Code civil suisse (1907) [CC]. Une fondation est créée par l'affectation d'un patrimoine à un but précis et est placée sous la surveillance de la corporation de droit public (Règlement sur la surveillance des fondations (2008) [RSF]). Cet organe de surveillance⁷ doit veiller à ce que les ressources de la fondation soient utilisées conformément à ses buts. Les organes imposés sont le Conseil de fondation et un organe de révision pour les comptes annuels.

En somme, le cadre très codifié des statuts d'une fondation prévoit des modifications suivant des closes précises comme les changements de buts, mais ceci reste exceptionnel. Le droit des fondations est censé les protéger avec une notion de stabilité et de pérennité pour leurs missions.

2.4. Fusion de fondations

La Loi fédérale sur la fusion, la scission, la transformation et le transfert de patrimoine (2003) [LFus]. est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2004. Une fusion légale entre deux fondations doit respecter une « procédure qui débute par l'élaboration, la négociation et la conclusion du contrat de fusion établi par écrit qui doit être expliqué et justifié du point de vue juridique et économique par les organes supérieurs de direction [...] dans un Rapport de fusion et validé par un acte authentique » (Montavon, 2003, p.134). Les modalités de transfert de patrimoines sont soumises à la réglementation de la LFus. Lors de fusion, un tel transfert reste sensible car le patrimoine est le miroir de l'identité culturelle et historique de la fondation.

Deux formes de fusions sont distinguées par la LFus (art. 3, al. 1), « [...] la première par l'absorption d'une fondation par une autre qui reprend les actifs et les passifs de l'entité [...] [ou] par combinaison de deux ou de plusieurs fondations fusionnantes qui font

⁶ Corporation ou établissements régis par le droit public cantonal ou fédéral

⁷ ASSO : Autorité de surveillance LLP et des fondations de Suisse occidentale

apport de leurs actifs et passifs respectifs » (Montavon, 2003, p.133-134), afin de créer une nouvelle fondation, une fois les entités premières dissoutes. L'issue d'une fusion est donc la disparition d'une entité, pouvant générer des réactions de survie et de refus catégorique des dirigeants, surtout si ces fondations ne sont pas menacées dans leur pérennité financière. Entamer un processus de fusion reste une décision forte de conséquence sur l'identité d'une fondation. La qualité de sa préparation semble donc primordiale, d'autant plus que 89% des échecs seraient dus à une différence de culture d'entreprise trop éloignée (Schreuder, 2013).

Par ces différentes définitions, nous pouvons constater que l'approche multidisciplinaire des addictions paraît indiquée au niveau des traitements médicaux comme psychosociaux. Dès lors, nous allons nous intéresser au *modèle du cube*, qui propose une approche modélisée transdisciplinaire pour la prise en charge des personnes addictes.

3. Approche modélisée transdisciplinaire des addictions

Dès 2005, un premier rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) « psychoaktiv.ch » a démontré que « le modèle des quatre piliers⁸, plus particulièrement la thérapie et la réduction des risques, a apporté une contribution essentielle à la gestion du problème de la dépendance. Or, plusieurs offres de thérapie et de réduction des risques sont actuellement mises en concurrence, essentiellement selon des critères financiers et non pas des critères professionnels d'indication précis » (Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2005, p.38). Ce rapport revendique que « Le traitement a pour objectif de permettre aux personnes concernées de mener une vie indépendante et d'être intégrées dans la société » (Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2005, p.68).

Ainsi, le *modèle du cube* fait référence à la compréhension des troubles de l'addiction en général et des pathologies concomitantes (comorbidités). En effet, cette approche « est résolument transdisciplinaire et promeut l'orientation intégrative de l'intervention thérapeutique » (Prats et Tharin, 2014, p.21).

La CFLD (2005) a retravaillé⁹ ce cube depuis, en lui ajoutant trois types de consommations, à savoir, consommation à faible risque, consommation problématique et dépendance. Elle a postulé que « le système des quatre piliers devait être étendu à toutes les formes d'addiction comme les dépendances comportementales (jeux, internet, etc.), et ne plus se limiter aux drogues illégales » (Confédération Suisse, 2015, p. 24).

Selon Da Cunha, Caprani, Martins, Schmid, et Stofer (2010), le *modèle du cube* plaide pour une stratégie de soins intégrés et interdépendants, mais il est surtout reconnu en

⁸ Le modèle des quatre piliers définit les types de prise en charge addictologiques (prévention, réduction des risques, traitement et réinsertion, répression) (Savary, 2007).

⁹ « En 2010, les commissions fédérales pour les problèmes liés à l'alcool, aux drogues et pour la prévention du tabagisme ont élargi le modèle du cube dans leurs lignes directrices « Défi addictions » (Tschudin, 2010).

tant que base de travail commune grâce à la reconnaissance théorique de prestations qui, parfois, manquent de références théoriques et scientifiques pour faire reconnaître leurs expertises, comme notamment les concepts de prise en charge résidentielle.



Actuellement, beaucoup de cantons, ainsi que la majorité des institutions et organisations d'aide et de prévention en matière d'addiction, développent des concepts basés sur une approche globale. Les partenaires de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en particulier les responsables cantonaux, souhaitent en outre qu'une orientation stratégique claire soit définie. La *Stratégie nationale Addictions* tient compte de ces évolutions et de ces attentes. Elle doit « aider tous les acteurs concernés à renforcer la prévention, à garantir un système de traitement intégré et à améliorer le repérage et l'intervention précoces face aux addictions et aux comportements problématiques » (Confédération Suisse, 2015, p. 25). Le secteur résidentiel, intégré dans le pilier *Thérapie*, figure encore pleinement dans les stratégies de soins reconnues, tant au niveau fédéral que cantonal.

4. Évolution des dispositifs de lutte contre les toxicodépendances

4.1. Contexte suisse

Le secteur résidentiel Addiction Suisse a subi de multiples crises dès sa mise sur pied dans les années 1970. D'abord dominées par le secteur professionnel éducatif, ses prestations n'ont eu de cesse de se restructurer, voire de se réinventer, depuis une vingtaine d'années. Par ailleurs, l'évolution des syndromes de l'addiction (DSM-5) montre les difficultés des institutions à conjuguer leurs cultures institutionnelles avec les besoins évoluant des personnes sous abus de substances.

¹⁰ Confédération Suisse, 2015, p. 24.

4.1.1. Influence des principes de nouvelle gestion publique sur le financement des prestations sociales

Le concept de subsidiarité, notion historique de justice sociale, représente un des principes fondamentaux de l'aide sociale décrit dans la Constitution helvétique¹¹, « s'articulant lui-même avec les valeurs de solidarité et du bien commun » (Socialinfo, 2017). Il est donc de la responsabilité de l'État de répondre aux besoins des personnes toxicodépendantes malgré les coûts, vu les conséquences vitales, humaines ou sociétales provoquées par les toxiques de psychotropes.

Le concept de l'efficience trouve donc le terreau de sa justification. Les prestations sociales évoluent, notamment en cherchant à se décharger de certains coûts, désormais reportés sur la Loi fédérale sur l'assurance maladie (1994) [LAMal].

Les thérapies adressées aux personnes toxicodépendantes doivent alors prouver leurs rapports positifs entre leurs coûts et leur efficacité, en particulier les prestations du secteur résidentiel, financées, elles, en majorité par les fonds cantonaux publics. L'État les somme également de créer des alternatives à leurs prestations. Ces dernières devront répondre aux principes des services publics « de servir la meilleure prestation possible à tous les citoyens » (Varone et Bonvin, 2004, p.136-137).

4.1.2. Cadre légal suisse en matière de gestion des dépendances

Un cadre légal délimite la politique publique en matière de gestion des dépendances. Il est composé au niveau national de quatre bases légales, présentées ci-dessous de manière chronologique.

En 1999, la Constitution fédérale de la Confédération suisse (1999) [Cst.] définit les articles 112 et 197 Cst., qui encadrent l'intégration des invalides et en expriment les responsabilités sur le plan cantonal.

En 2006, la Loi fédérale sur les institutions (2006) [LIPPI] est destinée à promouvoir l'intégration des personnes invalides. Elle « a pour but d'assurer à toute personne invalide l'accès à une institution destinée à promouvoir son intégration (institution) » (LIPPI, art.1). En effet, « chaque canton garantit que les personnes invalides domiciliées sur son territoire ont à leur disposition des institutions répondant adéquatement à leurs besoins » (LIPPI, art. 2).

En 2008, la Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches (RPT) (Département fédéral des finances et Conférence des gouvernements cantonaux, 2007) a fixé la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2008, la RPT, articulation logique avec la LIPPI, précise les responsabilités des

¹¹ Le principe de subsidiarité, lié au fédéralisme, vise à privilégier le niveau inférieur d'un pouvoir de décision (canton ou commune) aussi longtemps que le niveau supérieur ne peut pas agir de manière plus efficace. P. de Laubier, définition « subsidiarité », Dictionnaire suisse de politique social, Socialinfo.ch

cantons en matière de prise en charge des personnes en situation de handicap ou en grandes difficultés sociales.

En 2008 également, la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (1951) [LStup] est révisée et votée par le peuple suisse. Elle entre en vigueur en juillet 2011, remplaçant ainsi celle du 3 octobre 1951. Les principales modifications renforcent la protection de la jeunesse, et promeuvent la détection précoce et la prévention. La révision de cette loi permet d'ancrer le principe des quatre piliers de la politique suisse en matière de lutte contre les drogues.

Comme mentionné précédemment, les traitements destinés aux personnes toxicodépendantes n'ont cessé d'évoluer de par leurs adaptations successives à différents paradigmes reliés à la progression de la recherche scientifique en addictologie. Les différentes orientations thérapeutiques pour soigner les personnes dépendantes se sont référées d'abord au domaine spirituel, éducationnel, puis psychothérapeutique, à l'intervention psychosociale¹² et enfin au domaine médico-pharmaceutique.

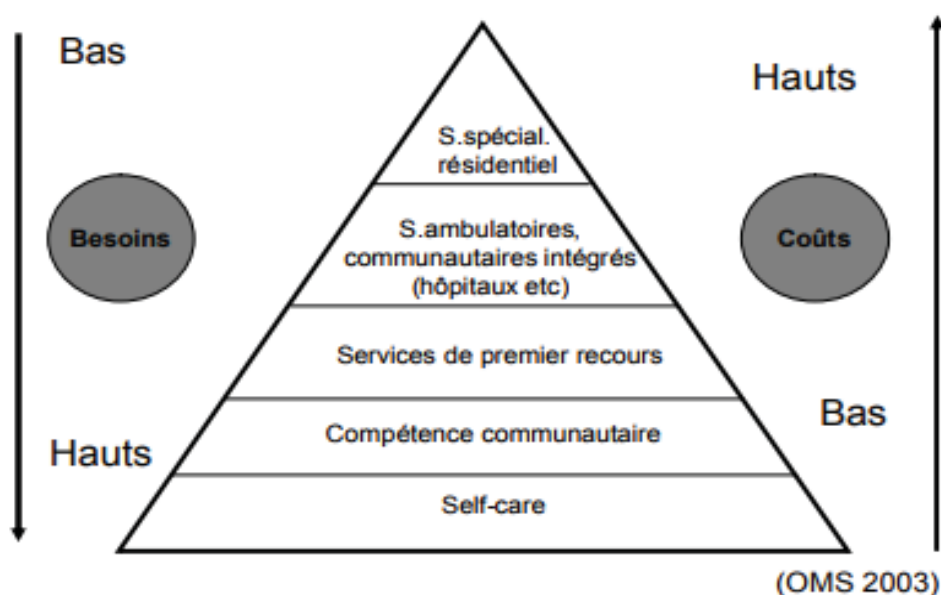
4.1.3. Contraintes et coûts de prises en charge

Dès 2003, le schéma ci-dessous (Organisation mondiale de la santé, 2003, cité par Département de la santé et l'action sociale, 2008, p.4), illustre déjà la problématique d'équilibre des coûts et des besoins entre les différentes prestations de prise en charge des addictions. Le secteur résidentiel est ainsi indiqué pour une clientèle au nombre limité, mais pour des coûts plus élevés que le service ambulatoire ou la prévention des risques.

Ce schéma n'aborde toutefois pas la question de l'efficacité des différents types de traitements, et les prestations regroupées au sein des milieux résidentiels sont difficilement comparables à celles plus séparées de l'ambulatoire.

¹² « Elle repose essentiellement sur une vision de la personne où sont considérés à la fois sa dynamique intérieure et son être social et, plus particulièrement, l'interrelation qui existe entre ces deux dimensions » (RIIPSO, Réseau inter collégial des intervenants psychosociaux, 2017).

QUANTITE DE SERVICES NECESSAIRE



Un constat évident démontre la nécessité pour le secteur résidentiel de justifier son intérêt thérapeutique par rapport à son coût global. Pourtant, il est difficile, voire impossible, d'amener la preuve financière du surcoût du secteur résidentiel comparé au secteur ambulatoire.

Pour tenter de répondre à ce dilemme d'efficience du secteur résidentiel, des dispositifs d'indication de la clientèle ont été mis en place progressivement dans les cantons. Ces prestations ambulatoires, dont nous reparlerons plus tard, sont définies comme « un investissement en faveur des bénéficiaires, l'opportunité d'une meilleure allocation des ressources et non comme objectif séduisant de réduction des coûts » (Fazan, 2012, p. 71).

4.1.4. Répartition des places

Le tableau ci-dessous met en évidence les écarts de ratio du nombre d'habitants de chaque canton romand par place disponible en milieu résidentiel. Même si certains cantons plutôt citadins pourraient expliquer ces différences, il apparaît que les cantons de Neuchâtel et de Vaud disposent d'un nombre de places en résidentiel par nombre d'habitants surreprésenté par rapport au canton de Genève ou de Fribourg.

Ratio du nombre d'habitants par place en résidentiel spécialisé Addiction en 2015¹³			
Cantons romands	Nombre d'habitants de 19 à 64 ans	Nombre de places en résidentiel	Ratio place résidentiel / habitants
Genève	302'313	51	1/5927
Fribourg	191'105	46	1/4154
Valais	205'413	60	1/3423
Jura	42'474	14	1/3033
Vaud	476'817	197 ¹⁴	1/2040
Neuchâtel	107'066	105	1/1019
Moyenne/ Médiane	220'864	79	1/3330

Nous savons en outre qu'une surreprésentation du nombre de places résidentielles provoque un risque annuel de sous-occupation et « le durcissement des conditions cadres et des transformations induites, telles que la médicalisation des traitements, le transfert de charges de la collectivité vers les individus [...] Cela pourrait placer les institutions résidentielles dans un cercle de causalité circulaire et cumulatif susceptible de mettre en cause leur viabilité à long terme » (Roduit, 2012, p. 8) car les charges fixes comme la masse salariale restent stables. « La baisse du taux d'occupation et de la durée de séjour provoque forcément une diminution des ressources et donc une hausse du prix par journée » (Roduit, 2012, p. 7).

Le risque de dissuader les organismes placeurs intra et surtout extra cantonaux, également soumis à des restrictions de ressources, de placer des bénéficiaires potentiels en milieu résidentiel devient alors prégnant. En effet, le taux d'occupation en milieu résidentiel reste un indicateur incontournable pour les financeurs cantonaux. Il n'en reste pas moins que le canton de Vaud, à l'instar du canton de Neuchâtel, paraît en surcapacité par rapport à ses cantons voisins.

4.2. Contexte vaudois

Piloté par le Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS), un intense travail de réflexion réunit l'ensemble des partenaires concernés. Le 5 mai 2010, le Conseil d'État vaudois adopte le Plan Stratégique Handicap 2011, « (...) en faveur de l'intégration des personnes adultes en situation de handicap et de la prise en charge en structures de jour ou à caractère résidentiel des mineurs en situation de handicap » (Service de prévoyance et d'aide sociales et Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à

¹³ Infodrog, 2016.

Office Fédéral de la Statistique, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.1500543.html>

¹⁴ Selon le rapport de Rel'ier (2015), 11 personnes ont été placées hors canton ce qui pourrait augmenter sensiblement le nombre de places en fonction de la durée de séjour de ces résidents hors canton

la formation, 2010). Il concerne également la prise en charge des personnes dépendantes aux substances illégales¹⁵.

Les traitements de l'addiction font désormais l'objet, dans les planifications étatiques, d'une approche en collégialité multidisciplinaire où les conceptions des aspects de la toxicodépendance psychosociale, médicale, et légale, se sont progressivement réunies dans les niveaux de compréhension, afin d'atteindre plus d'efficacité.

Une présentation du Département de l'État vaudois auquel sont rattachés les dispositifs de prise en charge de l'addiction ainsi que les structures étatiques et institutionnelles du réseau sont explicitées dans cette partie. Ce travail se centre en effet sur le canton vaudois car, à l'issue de cette analyse, des recommandations pour l'évolution de son dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes seront proposées.

4.2.1. Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)

Le Département exécutif du dispositif addictif vaudois est le DSAS. Sa mission se concrétise par la mise en œuvre « d'une politique d'action sociale en faveur des adultes ayant des difficultés économiques et/ou sociales » (Canton de Vaud, 2017) Le DSAS « surveille la qualité de la prise en charge, mène des inspections à travers le Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS)¹⁶ [...] assume la promotion du maintien à domicile des personnes [...] handicapées et garantit un hébergement médico-social de qualité » (Canton de Vaud, 2017).



17

Ses missions et ses services se répartissent en quatre secteurs concernés par l'assistance des personnes toxicodépendantes :

I. Le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH)

¹⁵ Pour les personnes en situation de dépendance à l'alcool, produit légal, le canton s'est doté en mai 2007 du PAc-Alcool 2007-2012

¹⁶ Il dépend du Secrétariat Général (SG) du DSAS et surveille les prestations globales des établissements sanitaires et sociaux. Il entretient des liens avec services SSP, SASH et SPAS. Il inspecte donc les structures spécialisées

¹⁷ [http://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/assurances-sociales-et-hebergement/Canton de Vaud, 2017](http://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/assurances-sociales-et-hebergement/Canton%20de%20Vaud,2017)

Ce Service gère les « assurances et certains régimes sociaux (assurance-maladie, AVS/AI, prestations complémentaires AVS/AI, allocations familiales, etc.) Le SASH contrôle aussi le dispositif des hébergements en établissement médico-social (EMS) » (Canton de Vaud, 2017).

II. Le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS)

Le SPAS met en œuvre une politique d'accompagnement socio-éducatif, d'aide financière, d'hébergement, d'emploi protégé, d'aide à la (ré)insertion pour adultes en situation de handicap et en difficulté (handicap mental, physique, psychique, difficultés sociales et psychologiques, alcoolisme et toxicomanie), en collaboration avec les organismes et institutions spécialisés. C'est donc le service de tutelle pour les établissements socio-éducatifs (ESE) addictions.

III. Le Service de santé publique (SSP)

Le SSP, autorité sanitaire cantonale, est « responsable de la couverture des besoins de santé de la population. Pour ce faire, il évalue ces besoins en matière de soins et de prévention, organise tout le système de santé vaudois, définit les missions et prestations des principaux acteurs en anticipant les besoins : hôpitaux, EMS, CMS¹⁸, etc. [...] Il planifie le développement de l'offre de soins, et finance l'ensemble du dispositif » (Canton de Vaud, 2017 janvier).

IV. Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Le CHUV assure des soins dans tous les domaines de la médecine, des affections somatiques aux maladies psychiatriques, dans les disciplines médicales et chirurgicales, qu'il s'agisse de l'ambulatoire ou de l'hospitalier.

Les problématiques de dépendances et des pathologies psychiatriques sont concernées dans ces enjeux, le CHUV étant confronté à une sur-occupation chronique de ses lits, notamment en psychiatrie de l'adulte (combinée fréquemment avec une comorbidité addictive). Des solutions sont recherchées au moyen de prestations de liaison avec les institutions de lits B ou C (lits de réhabilitation ou de convalescence) comme les EMS, les Établissements psycho-sociaux (EPS), les ESE ou les Home non-médicalisés (HNM).

4.2.2. La filière d'hébergement psychiatrique

Pour mener cette mission de liaison entre institutions, le SASH a créé la filière d'hébergement de psychiatrie adulte (Canton de Vaud, 2016), en réunissant l'ensemble des partenaires du réseau de psychiatrie adulte. Celle-ci s'inscrit dans les quatre centres¹⁹ de liaison régionaux déjà existants, comme notamment le Réseau Nord-Broye

¹⁸ Centre médico-social

¹⁹ Réseau vaudois : la Côte, le Nord Broye, le Haut Léman, la région Lausanne

(Réseau santé Nord Broye, 2017). Il rassemble 40 établissements totalisant près de 1'000 lits dont la capacité d'accueil peut varier entre 10 et 60 lits, répartis sur tout son territoire. Ceux-ci proposent quelques 600 places en appartements protégés dont les critères de qualités de prise en charge ne sont pas encore édictés par la CIVESS et sont laissés à la responsabilité des directions des homes attenants. Les différences de cadre législatif et administratif, selon que l'établissement soit rattaché à un Service ou à un autre, entraînent une disparité de traitement » (Canton de Vaud, 2016).

I. Mission de maintien des acquis et réhabilitation

Ces éléments ont été identifiés non pertinents pour les personnes toxicodépendantes.

II. Mission de réduction des risques et engagement dans le suivi

Il s'agit d'une mission destinée aux bénéficiaires présentant une symptomatologie floride, avec souvent d'importants troubles du comportement, régulièrement liés à des consommations aiguës (alcool et/ou drogues). Les bénéficiaires concernés nécessitent une forte suppléance socio-éducative et soignante dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne.

III. Mission d'insertion socio-professionnelle

Cette mission s'adresse principalement à un public jeune, entre 18 et 30 ans. Elle propose un accompagnement orienté vers la réhabilitation des habilités sociales et instrumentales et l'insertion sociale, notamment à travers la vie communautaire et la reprise rapide d'une activité occupationnelle ou professionnelle.

IV. Mission d'accompagnement dans les besoins de base

La Centrale cantonale d'information et de coordination psychiatrique (CCICP), nouveau dispositif de soutien à l'orientation, est prévue pour faciliter la recherche d'une place adaptée au sein du réseau psychiatrique.

Dès 2018, l'objectif est de modifier le statut des diverses institutions et leur dénomination en établissement psycho-social médicalisé (EPSM), incluant entre autres un nouveau mode de financement pour l'accompagnement socio-éducatif.

Au niveau clinique, l'étude du Professeur Grasset et collaborateurs (2002, cités par Antille et Resplendino, 2013) analyse le profil de la clientèle dans les homes vaudois comme suit :

Moyenne d'âge	1/3 > 30ans	Genre	58% masculin
État civil	65% célibataires	Diagnostic psychiatrique évolutif	58%, dont 65% de psychose
Toxicomanie	32%	Isolement social, familial et affectif	Majoritaires
Éthylisme	54%		

Les indications à un milieu résidentiel²⁰ répondent également positivement aux profils de la clientèle psychiatrique du Professeur Grasset (2002, cité par Antille et Resplendino, 2013) et celle de Lejoyeux et Embouazza (2013) et Broers (2005). La prévalence co-dépendante des troubles psychiatriques dans les addictions n'est pas à remettre en doute et reste particulièrement comparable dans les secteurs résidentiels Addictions, comme dans les homes psychiatriques.

Un pilotage par les services financeurs, voire un arbitrage avec des protocoles de collaboration entre institutions, s'avère indispensable à la faisabilité d'une coopération productrice d'efficience

4.2.3. Structures vaudoises d'accueil en résidentiel

Dans le canton de Vaud, le traitement résidentiel subit une crise depuis une vingtaine d'années ; taux d'occupation bas, offres pléthoriques, dépassées et inadaptées aux besoins des personnes addictes, diminutions régulières et drastiques des ressources allouées, tant fédérales que cantonales. Le secteur résidentiel vaudois souffre et peine à se composer de manière constructive, et à se projeter dans un avenir cohérent, voire unifié dans ses missions.

En effet, de 220 places en 2014 (Infodrog, 2016), avec un taux d'occupation de plus de 90%, le secteur résidentiel vaudois a vu son offre diminuer en 2017 à 184 places (Rel'ier, 2015) soit pour les fondations Esterelle-Arcadie, Bartimée, l'Epi, le Levant, les Oliviers et le Relais.

Pour reprendre notre ratio du rapport entre le nombre d'habitants et le nombre de places résidentielles par canton, on constate que le résidentiel paraît hypertrophié et risque donc d'être soumis à des fluctuations du taux d'occupation global. Ci-dessous, le rapport des places en secteur résidentiel dans le canton de Vaud par habitant, en 2015, est largement supérieur à la moyenne romande.

Vaud	197 places ²¹	476'817	1 place en résidentiel / 2420 habitants
Romandie	79 places	220'864	1 place en résidentiel / 3330 habitants

Si nous comparons ce ratio médian avec celui du canton de Vaud, le nombre de places équivaldrait idéalement à 170²², ce qui représenterait alors une surcapacité de 27 places dans le secteur résidentiel vaudois.

Depuis 2008, le canton s'est interrogé sur le nombre de places, souhaitant favoriser parallèlement les alternatives au placement résidentiel. « Une sous-occupation de

²⁰ Dans ce travail, chapitre 4.2.4

²¹ Selon le rapport de Rel'ier, 11 personnes ont été placées hors canton ce qui pourrait augmenter sensiblement le nombre de places en fonction de la durée de séjour de ces résidents hors canton

²² (Population Vaud 476 817 x nombre médian de places 79) / Population médiane 220874 = 170 places résidentielles vaudoises

certaines établissements, les amenant à redimensionner leur nombre de places, et de nouvelles connaissances scientifiques, démontrant l'efficacité d'une prise en charge individualisée, ont obligé les institutions à modifier leur offre et à développer de nouvelles collaborations » (Fondation le Relais, 2013). Une étude de l'UNIL (Da Cunha et al., 2010), a relevé la diversité et la qualité des prestations fournies par le secteur résidentiel mais cette offre semblait manquer « de lisibilité et rendait l'orientation des personnes toxicodépendantes plus difficile » (Fondation le Relais, 2013).

4.2.4. Indications résidentielles vaudoises

Dans ce contexte, le canton de Vaud a alors mis sur pied, dès 2010, le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes (DCIST), dirigé par le SSP et le SPAS. Son monitoring est assuré par mandat confié à la structure Rel'ier, faisant partie de la Fondation du Relais (Rel'ier, 2015). Visant à améliorer l'efficacité de la prise en charge des personnes toxicodépendantes, à développer un réseau de soins coordonné et à valider l'adéquation d'un traitement résidentiel, le DCIST s'adresse à toute personne toxicodépendante ayant un projet de séjour résidentiel.

Pour appuyer le débat sur la réalité du vécu des directions, les dirigeants du résidentiel Addiction, (partenaires du canton de Vaud), lors d'un groupe de travail, nommé « Pôle addiction » intégré à l'Association vaudoise des organisations privées pour personnes en difficultés (AVOP)²³ ont été interviewés. Ils ont pu déposer le contenu de leurs opinions au sujet de l'état actuel du dispositif vaudois.

Après une phase pilote (2010-11), le DCIST a été validé et appliqué. Depuis janvier 2017, le Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) regroupe en une seule entité les dispositifs d'indication à un traitement résidentiel pour les personnes dépendantes à l'alcool (Dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique, EVITA) comme aux drogues (DCIST). Le DCISA confie alors la compétence de l'orientation et du suivi de l'indication aux services ambulatoires addictologiques médicalisés répartis dans les quatre secteurs géographiques du canton de Vaud, soit l'Unité de traitement des addictions (UTAd, CHUV), pour le nord, l'Unité ambulatoire spécialisée (UAS, Fondation de Nant) pour l'est, Entrée de Secours (association) pour l'ouest et la Policlinique d'addictologie (Poladd, CHUV) pour le Centre.

Les institutions résidentielles accueillent actuellement une cohorte de résidents addictes souffrant de multiples pathologies et de manifestations de leur dépendance. Les indications sont rendues plus claires dans le tableau inspiré de Ritter et Sanchez (2008, p.31, cités par Da Cunha et al., 2010), et témoignent de l'adaptabilité des processus de

²³ Le groupe « Pôle addiction » se rencontre 4 fois par an dans les locaux de l'AVOP et dispose d'un secrétariat. Il regroupe tous les dirigeants du secteur Addiction, signataires de la Convention Collective de travail (CCT) Santé-Social Vaud. Sa mission est de favoriser les collaborations interinstitutionnelles en faisant remonter, d'une seule voie, les problématiques du secteur addiction au service ad hoc du DSAS

soins des institutions résidentielles, amenées à tenir compte des besoins classiques et émergents d'une population elle-même, en perpétuelle mouvance.

Besoins de soins aux polymorbidités psychiatriques et/ou somatiques	Rechute dans un contexte de crise psychosociale
Échec du traitement en ambulatoire	Sentiment de solitude et d'abandon
Placement judiciaire type art.60 et 59 CP	Rechute suite à une crise existentielle (cycle de vie)
PAFA ²⁴ de justice de paix	Perte du logement durable
Réinsertion professionnelle	Besoin d'encadrement pragmatique

Les institutions à programmes résidentiels dits à « haut seuil » tendent à diversifier leur seuil d'accessibilité pour répondre au besoin des usagers d'être accueillis dans un lieu de vie sécuritaire, quels que soient les seuils d'accès, haut, adapté ou bas seuil, ceci pour « une période de consolidation après un sevrage hospitalier [...] Une période de réorganisation existentielle [...] et une éventuelle démarche dédiée à la réinsertion professionnelle en milieu protégé » (Prats et Tharin, 2014, p.31).

4.2.5. Panorama des institutions vaudoises

L'ensemble du réseau addiction vaudois intégré dans le DSAS paraît dense et complexe pour en saisir toutes les dimensions. Le dispositif actuel doit permettre de répondre aux besoins de l'ensemble des personnes toxicodépendantes, de la prévention des risques aux traitements résidentiels.

Le panorama synthétique²⁵ ci-dessous, regroupant les institutions compétentes à traiter des addictions, nous confirme des informations importantes de la réelle répartition des prestations globales liées aux personnes toxicodépendantes.

Si les ESE spécialisés représentent une partie importante de l'offre résidentielle en matière d'accueil des personnes toxicodépendantes, d'autres institutions mentionnent clairement dans leurs missions l'ouverture à cette même clientèle.

Dans le tableau ci-dessous, apparaissent en bleu clair, toutes les institutions résidentielles (ESE ou EPS/M, EMS) qui citent clairement dans leurs missions la toxicodépendance, comme un critère d'admission accepté. 24 institutions se considèrent compatibles pour accueillir les troubles de l'addiction. Ces institutions sont toutes intégrées dans la filière d'hébergement psychiatrique²⁶, comptant environ 1'000 lits et 600 places en appartements protégés.

²⁴ Placement à des fins d'assistance (art. 426-439 CC)

²⁵ Le tableau ci-dessous complète le document de travail de M. Hugues Balthazar, responsable de mission à santé Publique (Prats et Tharin, 2014)

²⁶ Dans ce travail, chapitre 4.2.2

Réseau addictologique Vaudois

Services Ambulatoires/Médicaux

Bas Seuil

Accueil Bas Seuil Réduction des risques

CPP Les Toises (YLB)
CPP Les Toises (Laus)
CPP Les Toises (Fri)

F. EDS
Nyon et
Morges
F. ABS
Ass. Zone Bleue
F. AACTS
Rel'ier

F. Point d'eau

Ass. Sleep'in
(5 structures)

Médecins
Tiers secours

SMPP/CHUV

Poliadd (Lausanne)
UAS – Azimut
UTAd

Pharmacies

CAP (FL)

SSP

SPAS

FVP

OEP

JdP

OCIP

CSR

Médical

Socio-éducatif

CHUV
Médecine II
La Calypso
H. Cery/CHUV
(Soins aigus addiction)

Clin. Privées

Clin. Métairie

Psychiatrie de secteur
CPNVD, Hôpital de
Prangins, Hôpital de
Nant, Hôpital de Cery

EMS Gr. Allège

EMS Soleil Levant (FL)

F. Saphir – EMS - Appart

EMS Bru – S.A.

EMS F. La Pommeraiie

F. Champ Fleuri

F. des Lys

F. la Rouvraie

F. Simonin

F. Praz-Soleil (Bethel)

EMS F. J&C DUC

Pension Buchs

F. La Croix de Joux

Ass. Bethvaim

DCISA-Orientation

F. Le Levant

F. Les Oliviers

F. Barlimée

F. Estérelle-Avoadie

F. L'Épi

F. Le Relais

F. La Clairière

ESE F. Le Rôtillon

Hors Canton

As. Avigos

F. R du Rhône

F. CAAD

Traitements hospitaliers

Ou séjours cours à long type C

Traitements résidentiels

(La liste des organes de ce tableau est en annexe n°5)

Six institutions, de type ESE sont spécialisées dans le traitement et la réinsertion des personnes toxicodépendantes avec une approche psycho-éducative, comptabilisant 184 places en 2017 et qui sont financées par le SPAS :

- Fondation Estérelle-Arcadie, à Yverdon-les Bains et Vevey
- Fondation Bartimée, à Grandson
- Fondation L'Epi, à Ménières
- Fondation Le Levant, à Lausanne
- Fondation Les Oliviers, au Mont-sur-Lausanne
- Fondation Le Relais, à Morges

Plusieurs observations sont à relever :

- 13 institutions de type EMS vaudois accueillent des personnes toxicodépendantes, souvent en lien avec une pathologie concomitante invalidante donc, avec au moins une demande de rente Assurance Invalidité (AI) en cours.
- Les patients/résidents ne sont pas indiqués par le DCISA mais plutôt par le dispositif de la filière psychiatrique vaudoise, comme à l'EPS la Pommeraie à Château d'Oex d'une capacité de 13 places, ou Bethel avec 19 places pour de courts ou moyens séjours. D'autres EMS comme Les Lys à Lausanne et Bru à Grandson citent la dépendance comme un facteur d'admissibilité.
- 3 structures comme la Maison Bethraïm (5 places), L'ESE le Rôtillon (21 places) ou la Croisée de Joux échappent ainsi à l'indication du DCISA ; 26 places au minimum sont donc disponibles.
- 4 structures extra-cantoniales accueillent des vaudois dépendants avec ou sans validation via un DCISA.
- Le canton de Vaud a accepté 11 placements hors canton en 2015, ceux-ci ayant occupé 10 lits²⁷ dans les institutions suivantes :
 - La Fondation Ressources-Foyer André à la Côte aux Fées et à Buttes dans le canton de Neuchâtel qui accueille des personnes toxicodépendantes à bas-seuil dans un foyer à haute tolérance ou en appartements supervisés.
 - L'institution valaisanne Les Rives du Rhône, ou le Centre d'accueil pour adultes en difficultés (CAAD), qui accueillent aussi des résidents hors canton.
 - Le foyer du Toulourenc à Genève qui les accueille aussi de façon plus épisodique.

Le rapport 2015 du DCIST a dénombré 11 cas hors cantons sur 121 indications, ce qui représente tout de même 10% des indications en 2015 (Rel'ier, 2015) qui ne correspondaient pas à l'offre résidentielle vaudoise. Les ESE vaudois vont donc

²⁷ 3700 journées environ facturées au SPAS (Rel'ier, 2015).

logiquement chercher des clients hors cantons pour remplir leurs lits et la demande en placements judiciaires genevois représente une demande intéressante²⁸.

Comme nous pouvons le constater sur le schéma « réseau addictologique vaudois » ci-dessus, pléthore d'institutions travaillent avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques et/ou de syndromes hépatiques en lien avec les addictions²⁹. Il est difficile de connaître le nombre de personnes dépendantes accueillies dans les homes de la filière psychiatrique.

Il faut bien reconnaître que la clientèle addictive n'est pas pour une partie congrue captée par les ESE. La spécificité des prestations de ceux-ci, c'est-à-dire le psycho-éducatif, se concentre sur les stratégies de réinsertion par l'occupation et par le développement de l'appartenance sociale et citoyenne qui restent une spécificité psycho-éducative du réseau résidentiel addictions, congruente avec le cadre de ses institutions³⁰.

Avec la création d'Evita, puis du DCIST, les institutions de par le concept du matching, le traitement adéquat à la bonne personne au bon moment, l'indice de gravité de dépendance (IGT ou Addiction Severity Index, ASI) a alors drainé la clientèle plus compétente en ambulatoire, et celle plus désinsérée ou moins stable en institution résidentielle. Cependant, cette dichotomie a provoqué logiquement une concurrence sur la clientèle addictive et institutionnalisée.

S'ajoutent à ce tableau quelque peu inquiétant, les indications en résidentiels du DCISA qui diminuent en moyenne de 10% par an depuis 7 ans (Rel'ier, 2015), crises qui provoquent une concurrence délétère entre institutions ESE addiction vaudois.

La pérennité des institutions résidentielles spécialisées en addictologie du canton de Vaud se trouve donc dans des ornières dont elles devront sortir en réinventant leurs prestations.

L'expérience d'autres cantons paraît toute indiquée pour tenter de trouver des solutions à différents termes. Ceux-ci ont, pour la plupart, réalisé ou sont en voie de le faire, la création de fondations spécialisées en addiction cantonales regroupant leurs institutions résidentielles et/ou ambulatoires, leurs prestations du bas au haut seuil en une seule entité cantonale, par processus de fusion institutionnelle.

Afin d'étudier qualitativement la structure des institutions des cantons voisins, ainsi que les problématiques de leur réseau addictologique et leurs stratégies mises en places

²⁸ A la Fondation Bartimée, en 2016, 19 résidents sur 89 provenaient d'autres cantons plus 14 sous mandat judiciaire vaudois

²⁹ VH (A,B,C,D), le VIH, les hépatiques toxiques dues aux abus d'alcool ou autres substances médicamenteuses ou illégales

³⁰ « Le modèle psycho-éducatif représente un modèle clinique de référence, pertinent et utile à l'intervention de réadaptation [...] le modèle psycho-éducatif s'avère intéressant pour orchestrer l'intervention de réadaptation, quel que soit l'environnement dans lequel elle est réalisée » (MSSS, 2013, p.25).

pour les résoudre, une série d'entretiens ont été menés, suivant un cadre méthodologique rigoureux aidant à l'analyse du matériau recueilli dans son intégrité.

5. Méthodologie

5.1. Contexte de l'étude

Le secteur résidentiel du canton de Vaud souffre d'une crise identitaire dont il cherche à sortir en se réinventant sans cesse. Les cinq institutions résidentielles vaudoises³¹ ont dû s'adapter aux besoins des personnes dépendantes, répondre aux prescriptions étatiques en lien avec les restrictions budgétaires et aux exigences d'efficience de prestations, afin de survivre.

Peu de littérature parle ouvertement des décisions cantonales de fusionner des institutions et des stratégies afférentes. L'évolution de la société globalisante se veut surtout intégrative du savoir mis en commun. Pourtant, une telle démarche vient à l'encontre des cultures institutionnelles de chaque institution et ne doit pas manquer de provoquer des questionnements anxiogènes chez les collaborateurs et les conseils d'administration.

Dès lors, comment les institutions résidentielles, les services ambulatoires, spécialistes de la réduction des risques, médicales ou autres, confrontées aux phénomènes pandémiques des addictions pourront-elles intégrer leurs savoirs référentiels avec ceux plus adaptés à la réalité du terrain et aux prescriptions planifiées des politiques publiques ?

5.2. Problématique

5.2.1. Adaptation des institutions

Les institutions résidentielles sont en crise et doivent, pour sauvegarder leur pérennité, trouver des stratégies rendant leurs prestations adaptées aux besoins psychosociaux ou de santé publique du canton. Comment permettre aux institutions d'anticiper l'évolution des besoins de leurs clients ? Quelles en seront les conséquences sur les carrières des professionnels et notamment sur leurs réels pouvoirs d'initiative, de créativité et de recherche dans de nouvelles orientations de prise en charge ?

On peut s'interroger sur les complémentarités possibles entre les concepts de prise en charge psychosociaux associés à l'identité des résidentiels et les soins médicaux, voire s'inscrire dans une dynamique d'interdisciplinarité, de coopération entre les deux pôles, psychosocial et médical, et dans un mouvement de résilience des antagonismes passés.

³¹ Fondation du Levant, Fondation les Oliviers, Fondation Estérelle-Arcadie, Fondation l'Epi, Fondation Bartimée

Alors que les institutions résidentielles sont historiquement marquées par une identité d'indépendance, on pourrait aussi les estimer responsables d'avoir entretenu une position de « tour d'ivoire », par un fonctionnement en silo, concurrentielles entre elles, en position de défense vis-à-vis des prestations médicales et des services ambulatoires. Cette stratégie semble aujourd'hui s'avérer délétère pour leur adaptabilité aux besoins réels ou émergents des personnes dépendantes.

L'enjeu serait de saisir l'occasion de développer une dynamique plus productrice de connaissances en matière de réhabilitation des personnes addictes, respectueuse et intéressée des savoirs et savoir-faire de toutes les parties concernées par les comportements addictifs. Les questions des complémentarités potentielles autant que celles des coûts réels dégageraient sans doute de nouvelles perspectives.

Le premier but de cette étude consiste donc à comprendre les changements de paradigmes institutionnels dans le champ des addictions en particulier pour le secteur résidentiel, afin de mieux les anticiper. En effet, ce travail de master a pour ambition d'apporter des propositions pragmatiques et évolutives pour les institutions résidentielles dans le dispositif addiction vaudois.

5.2.2. Fusion des institutions

La standardisation des institutions ne risque-t-elle pas, au bout du compte, de provoquer un appauvrissement des savoirs ou des identités, et de pousser les bénéficiaires dans des comportements sur-consommatoires, refuge usité des toxicodépendants ? Pourtant, la planification globale des besoins pourrait permettre de réunir des groupes de prestations encore souvent mis en opposition, comme la prévention des risques et la réinsertion professionnelle. Un projet de fusion entre institutions spécialisées dans le traitement des addictions aurait des conséquences sur l'autonomie de celles-ci, a fortiori si elles entretiennent une histoire institutionnelle singulière.

Regrouper des compétences pour mieux développer l'efficacité clinique dans les institutions, ou diminuer les coûts de la facture de l'aide sociale, justifient-ils de fusionner des institutions dites privées sous une fondation faitière ?

D'autres moyens de contrôler, voire de diminuer, le budget des services sociaux seraient de distribuer différemment les coûts de traitement : la *lamalisation* des prestations des ESE pourrait-elle alors être facilitée en regroupant les fondations ? Quels en sont réellement les avantages, notamment sur les économies de coûts et les inconvénients sur la perte d'autonomie ? Les conséquences pour le bénéficiaire sur le long terme ne pourraient-elle pas être un risque de marchandisation de soins qui amènerait à leur surconsommation ?

Ce travail se propose donc également d'étudier les raisons, les procédures et les conséquences des fusions institutionnelles sous faitière, ainsi que leurs incidences sur la qualité des prestations de prise en charge et sur le fonctionnement global des institutions, notamment sur les ressources humaines et le financement. Il s'agit donc

bien d'explorer les opportunités ou contre-indications des fusions institutionnelles en une fondation cantonale.

5.3. Question de recherche

Les orientations politiques, de santé publique ou sociale, cantonales ou fédérales, voire occidentales, promeuvent sur le long terme des centres de compétences comme le CHUV, les grands Centres Hospitaliers cantonaux ou les CMS. La tendance est au regroupement des institutions afin d'optimiser les soins spécifiques. L'augmentation des compétences spécialisées, l'harmonisation des prestations cantonales et la maîtrise des coûts de prise en charge en sont les principales justifications. Parallèlement, des institutions de type EMS sont actuellement reprises par des consortiums tel BOAS³² ou ALTAGE, qui représentent alors un potentiel financier important. Leurs stratégies sont d'ordre financier et leurs EMS ou EPS doivent comptabiliser un taux d'occupation rentable³³. Leurs patientèles souffrant de troubles psychiatriques et d'addictions concomitantes peuvent alors échapper au tri du DCIST/ DCISA et intégrer un EMS sans cette évaluation spécifique. Même s'il existe le Bureau régional d'Information et d'orientation³⁴ (BRIO), la liaison entre les EMS/EPS et le client est simplifiée et rapide par soucis d'efficacité. La libération de lits hospitaliers occupés sans indication en est le leitmotiv.

En parallèle, les ESE vaudois spécialisés dans le traitement des addictions³⁵ sont depuis plusieurs années contraints, de par leur surcapacité, de diminuer leurs nombres de places institutionnelles. L'ajustement, de leurs structures institutionnelles, comme de leurs prestations aux terrains évolutifs des toxicodépendants et aux injonctions financières cantonales se profile comme un sujet majeur de politique de santé publique et d'assistance sociale. Ainsi, on observe des initiatives cantonales de regroupement de prestations. Elles se traduisent par la création de fondations spécialisées comme, la future (ou récente) Fondation Addiction Neuchâtel (FAN) ou le projet fribourgeois Réseau des institutions fribourgeoises pour personnes souffrant d'addiction (RIFA). Le canton de Fribourg semble hésiter en se heurtant à la réticence des institutions résidentielles, qui préfèrent sauvegarder leur autonomie, peut-être toute relative étant donné leur financement par des fonds publics et privés.

Des études mandatées par les cantons relèvent des disfonctionnements dans la complémentarité des prestations destinées aux personnes addictes (Prats et Tharin, 2014). Des dispositifs destinés à les harmoniser sont mis sur pied comme les dispositifs d'indications en résidentiel, par exemple le Processus d'Indication Cantonal Addiction fribourgeois (PICA) ou le DCISA vaudois. En outre, les concepts d'application de gestion publique prônent des prestations standardisées.

³² Consortium spécialisé dans les services hôteliers

³³ Suivant les formules comptables IVS, le taux d'occupation doit être équilibré avec les charges globales

³⁴ Chaque réseau de santé du canton de Vaud met en œuvre un BRIO afin de faciliter l'accès à l'information et aux prestations médico-sociales de sa région

³⁵ Les Fondations du Levant et les Oliviers en particulier

Il s'agit donc de savoir « Quelles perspectives se dessinent pour le secteur résidentiel spécialisé dans le traitement des addictions du canton de Vaud ? »

5.4. Démarche méthodologique

Il s'agit d'une étude exploratoire, effectuée sur la base d'entretiens qualitatifs et semi-structurés de personnes expertes dans le secteur addictologique résidentiel des cantons romands, et concernées par les fusions passées ou à venir, exécutées ou retirées. Les personnes interviewées ont été sélectionnées en respectant une homogénéité dans leurs fonctions de responsabilité institutionnelle et dans leurs niveaux professionnels. Les entretiens semi-structurés se sont déroulés sur leur lieu de travail respectif, pour une durée d'environ 90 minutes (enregistrés et retranscrits³⁶) et avec un questionnaire identique³⁷.

L'analyse des entretiens consiste donc, dans un premier temps, en la synthèse des propos de chaque interviewé/e, puis dans un second temps, en une étude de contenu du matériau recueilli essentiellement sous forme d'analyse thématique³⁸, définie par Bardin (1977) comme le « comptage des thèmes signifiants, préalablement déterminés » (Bardin, 1977, p.76). Ces entretiens exploratoires sont ensuite synthétisés dans des grilles SWOT/MOFF (Emery et Gonin, 2009). L'analyse, ou matrice, SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) est un outil d'analyse stratégique de l'entreprise pouvant être utilisé dans le domaine du marketing. L'appellation MOFF est l'acronyme français (Menaces, Opportunités, Forces, Faiblesses).

Afin d'obtenir un recueil de données relativement homogènes, la grille d'entretien issue de celle appelée SWOT/MOFF a été choisie, car elle comporte un minimum de thèmes et permet ainsi de privilégier les relances à partir du discours des interviewés. Les thèmes se sont rapportés aux faits saillants liés à l'évolution des structures cantonales d'addiction, s'orientant ou non sur un processus de regroupement en faitière. Les questions constitutives au sondage étaient par exemple de connaître les raisons actuelles des problèmes et des crises rencontrées, ainsi que les conséquences sur les institutions, etc.

De multiples thèmes ont donc émanés de ces entretiens, puis ont été classifiés en fonction, entre autres, des dirigeants qui les ont explicités. Cette analyse s'est organisée selon les quatre axes de l'étude MOFF, reprenant ainsi les objectifs de l'étude. Ces résultats sont présentés selon les mêmes axes. Les thèmes abordés³⁹ sont présentés par ordre de thèmes sans priorisation d'importance.

³⁶ Le contenu intégral des entretiens n'est pas intégré aux annexes mais reste à disposition des experts

³⁷ Dans ce travail, annexe n°2

³⁸ Etant donné le peu de temps à disposition pour élaborer ce travail de mémoire, il a été choisi de sacrifier l'analyse longitudinale pour mieux se consacrer à l'analyse thématique, à la synthèse/discussion et les recommandations pour le canton de Vaud qui en découlent

³⁹ Dans ce travail, annexe n°6

5.5. Échantillon

Huit personnes ont été interrogées dans le cadre de cette recherche. Elles assument toutes des fonctions dirigeantes dans des institutions du domaine des addictions des cantons romands. Le nombre d'interviewés a été fixé de manière à ce que les dimensions liées aux problèmes investigués puissent apparaître comme cela se pratique couramment dans les approches qualitatives (Blanchet, Ghiglione, Massonnat et Trognon, 1987 ; Britten, 1995), tout en tenant compte des conditions de réalisation de ce travail.

Les acteurs du monde professionnel dédié aux addictions occupant une fonction dirigeante correspondent donc aux critères de l'échantillon de cette étude. Ils ont décidé, mis en place, lutté contre, ou pâti des projets de création d'organismes faîtières.

Une revue de presse était prévue précédemment dans cette étude, démontrant l'influence des différentes politiques publiques sur l'évolution des dispositifs cantonaux romands. Cependant, l'ampleur de cette recherche ne m'a pas permis d'y inclure cette analyse. Elle reste par contre disponible au jury de soutenance et je prévois d'en faire un bref commentaire.

Une association vaudoise d'usagers issue de Radio FMR⁴⁰ (GREA, Groupement romand d'études des addictions, 2017) vient d'être constituée. Elle est bien connue pour ses activités dans le domaine de la réduction des risques et de la prévention. L'un de ses représentants a également accepté de répondre aux questionnements de cette recherche.

Sont par contre exclus de l'échantillon les dirigeants d'institutions vaudoises, dont je fais partie, ce qui pourrait ainsi représenter un biais dans cette recherche. Ces directions ont cependant été interrogées à propos de l'état actuel du dispositif vaudois et de sa probable évolution. Il était effectivement important de relier leurs visions avec celles des institutions des autres cantons.

Compte tenu du sujet central et actuel de crises institutionnelles de cantons romands, certains dirigeants ont accepté l'interview sous réserve de l'anonymat, condition pour l'enregistrement et le traitement de leurs propos dans ce travail. L'anonymat a donc été respecté au niveau du nom et de la fonction exacte des interviewés. L'origine cantonale de ces derniers a toutefois été conservée. Le contenu, s'il ne révèle pas le nom du dirigeant, met en évidence ses connaissances spécifiques pour son canton d'expertise.

L'éloquence des personnes interviewées étant remarquable, elle mérite d'être relevée. C'est pourquoi, un code pour chacune d'entre elles correspondant à un

⁴⁰ Association des usagers de drogues dans le canton de Vaud

chanteur d'opéra talentueux et reconnu a été attribué. Cette « originalité » permet aussi à l'auteur de remercier les interlocuteurs pour le temps mis à disposition.

Le tableau ci-dessous référence le code attribué aux intervenants, qui sera utilisé dans l'analyse thématique.

Identification des entretiens	Codes	Types de fonction des personnes interviewées
Fribourg 1	L. Pavarotti	Dirigeant d'institution avec projet de création d'une fondation Addiction cantonale
Fribourg 2	R. Alagna	Dirigeant d'institution avec projet de création d'une fondation Addiction cantonale
Valais 1	P. Domingo	Responsable de secteur de la Fondation Addiction Valais
Jura 1	J. Carreras	Dirigeant de la Fondation Addiction Jura
Neuchâtel 1	A. Bocelli	Dirigeant d'institution avec projet de création d'une fondation Addiction cantonale
Genève 1	C. Caruso	Dirigeant d'association
Romandie 1	B. Hendricks	Président d'association
Vaud 1	M. Alvarez	Association d'usagers de drogues du canton

6. Analyse SWOT/MOFF

Ne pouvant adopter à la fois les positions d'auditeur, d'interviewé, d'analyste du contenu et partie prenante, il a été décidé d'adopter une position de retrait et de recueillir les propos des collègues directeurs, en n'en traitant que la forme ci-dessous.

	Forces	Faiblesses
Origines internes / organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité extraordinaire d'adaptation des ESE face aux changements permanents du contexte biopsychosocial - Diversité des approches thérapeutiques en ESE - Collaborateurs bien formés et aguerris aux problématiques addictives - Compétences ESE à sécuriser une clientèle astreignante et complexe - pas de moralisation des actes incivils des personnes addictes 	<ul style="list-style-type: none"> - Problème d'accessibilité des usagers en résidentiel - Perte du lien avec le réseau ambulatoire <ul style="list-style-type: none"> - Coordination déficitaire entre ESE - ESE tributaire du taux d'occupation - Mise en concurrence des ESE - Statut d'ESE inadapté

	Opportunités	Menaces
Origines externes / environnementales	<ul style="list-style-type: none"> - Coopérations avec la filière psychiatrique - Travailler la relation au plaisir et moins la tolérance à la frustration - Créer des coopérations interdisciplinaires - Une gouvernance intéressée à la cause - Travailler plus sur la compétence que sur le symptôme 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de vision d'ensemble, pas de planification des autorités étatiques - « Evidence Based Practice » médical versus le savoir-faire psychosocial - Surcapacité d'accueil des résidentiels - Financements multiples des prestations assujettissant les ESE - Prestations aux addictions secondaires aux traitements psychiatriques - Soumission du psycho-éducatif au médical - Stratégie de réduction des risques mise en avant de l'abstinence

Vision à 5 ou 10 ans du groupe Pôle Addiction /AVOP

1. Absorption des petites structures privées par les plus grandes.
2. Intégration du réseau addiction dans celui de la santé mentale.
3. Banalisation sociale des problématiques addictives.
4. Création de la Fondation Addiction Vaud.
5. Développement des soins intergénérationnels aux personnes toxicodépendantes.

Ces éléments seront repris dans la partie *Discussion* de ce travail.

6.1. Origines externes/environnementales

Ce chapitre comprend deux items qui distinguent les « Menaces » et les « Opportunités », en se concentrant sur les inputs externes qu'une fusion d'institutions cantonales spécialisées dans l'addiction pourrait provoquer.

6.1.1. Menaces

Les « Menaces » recensent les thèmes pour lesquels un projet de fusion ou de regroupement d'institutions susciterait des inquiétudes ou des risques de problèmes.

6.1.1.1. Standardisation des prestations

Les interviewés expriment une vision menaçante des fusions comme un risque de perte des spécificités des institutions via une standardisation de leurs prestations ordonnées par les conséquences appliquées des principes des gestions publiques.

« Les principes du New Public Management incitent les politiques publiques aux fusions d'institutions mais limitent les différences de culture ou de pratiques entre celles-ci. » (R. Alagna).

« L'orientation des rapports comme celui de BASS 2011⁴¹ n'a comme mission que de légitimer les politiques publiques : « tout doit passer par le CHUV ! On risque la chuvinisation des institutions socio-éducatives ! ». Plus ce passif avec les hôpitaux, [...] de disqualification systématique, [...] des institutions psychosociales » (B. Hendricks).

Une diminution des types d'offres répondant aux normes des gestions publiques est identifiée comme délétère pour les identités même des institutions avec une normalisation quasi moraliste des prestations.

« Dans les mandants⁴², c'est pire [...] Leurs discours politiques restent orientés sur l'abstinence sinon c'est que les dépendants sont malades ! On a besoin d'un mandat clair » (B. Hendricks).

« Certaines institutions ont des similitudes intéressantes mais avec des approches différentes mais en politique de management du public, on s'arrête plus aux différences » (R. Alagna).

Les prescriptions étatiques nécessiteraient aussi des discours avec des objectifs assumés sur les missions des institutions. Le modèle du New public management (NPM) semble anxiogène car menaçant par sa mission « de servir la meilleure prestation possible à tous les citoyens » (Varone et Bonvin, 2004, p.136) et aux meilleurs coûts avec les conséquences suivantes :

« Au niveau ambulatoire, une inflation du nombre de demandes aurait dû justifier une réaction politique par une concordance avec les ETP⁴³. Le Conseil d'État a mis en place une politique de « personnel-stop » (P. Domingo).

« Les projets en addictologie dans le canton de Fribourg doivent passer par les organismes financeurs des services sociaux et du médecin cantonal, donc deux filtres qui ralentissent ou interdisent l'exécution des projets » (L. Pavarotti).

La crainte de l'uniformité des prestations est interprétée aussi comme délétère pour les motivations des personnes en soins, confrontée par une généralisation des offres.

« Le parcours de vie est différent entre les toxicomanes et les alcooliques. N'apportons pas une réponse simpliste à un problème complexe » (R. Alagna).

Les références aux savoir-faire psycho-éducatifs sont ici clairement affichées comme menacées par la standardisation des prestations dans les processus de fusion.

⁴¹ Rapport BASS 2011 dresse l'état des lieux sur les offres en matière de drogues dans les cantons. La dernière publication des bureaux BASS au sujet des réponses aux besoins publics des cantons (Gehrig, Stettler, et Künzi, 2011).

⁴² Les financeurs publics cantonaux comme le SPAS, la Santé publique, etc.

⁴³ Equivalent Temps Plein ; équivaut à un poste à 100%

6.1.1.2. Dé-contextualisation des réalités institutionnelles

Les injonctions provenant de l'Etat sont vécues comme menaçantes quand elles ne sont pas médiatisées positivement au sein même de l'institution.

« Une décision du conseil en 2009 a ordonné, dans le cadre du processus « Renard »⁴⁴ la fusion des ambulatoires avec la Fondation Goéland dans un délai irréalisable, [un an] » (A. Bocelli).

« Ce projet de fusion [RIFA], considéré comme flou, sans pilote incarné ou investi (car peu porteur politiquement), se place sous l'influence de quatre services à missions médicales ou sociales et de l'État [...] Le projet multidirectionnel était donc mort-né, voire mort avant d'avoir été conçu ! » (R. Alagna).

Il apparaît que les projets de fusion, sans attachement réel aux institutions, risquent de supporter retards et incompatibilités justement liés aux incohérences entre les règles de planifications financières des institutions et les agendas politiques. Cela pourrait représenter une menace létale pour le projet, potentiellement détourné du sens, par le jeu des élections ou des programmes politiques.

6.1.1.3. Planification erronée d'économies d'échelles

Il apparaît que les justifications en termes d'économie de personnel soient vécues comme menaçantes, car dangereuses et erronées.

« Aucune économie d'échelle n'a pu être repérée et donc mise en acte dans la création de la Fondation Jura Addiction » (J. Carreras).

« Le RIFA promet 0.3 ETP d'économie sans tenir compte du coût de la mise en place d'une nouvelle structure et des conséquences sur la restructuration des institutions » (R. Alagna).

« Si nous avons repris l'institution proposée, nous passions notre enveloppe budgétaire de CHF 4.5 millions à CHF 8 millions ce qui est plus visible donc dangereux » (C. Caruso).

Le spectre des économies d'échelles a tendance à générer plus de craintes que d'adhésions aux projets de fusion. Leurs gains promis et non réalisés dans quatre cantons les ont en plus décrédibilisés en provoquant des retards conséquents dans leurs applications.

6.1.1.4. Politique basée sur les stigmates antisociaux et non sur les besoins réels de soins spécifiques

L'addictologie, qui réunit toutes les sciences des addictions confondues, provoque des craintes d'amalgames des prestations, qui pourraient se montrer dommageables pour

⁴⁴ Programme de restructuration des institutions sociales neuchâteloises (Rossini, 2008).

les soins aux dépendants plus socialisés ou souffrant de dépendances « orphelines » comme celles sans produit.

« Une enveloppe est dangereuse un peu comme le jugement de Ponce Pilate⁴⁵ de la part des politiques qui risquent de se défaire de leurs responsabilités sociales. On risque de déplacer la discussion budgétaire dans une seule identité : l'addictologie » (R. Alagna).

« Le but de la fondation est d'intégrer, de faire des gens qui ne prennent pas de drogues, qui deviennent autonomes, éviter des décès et les maladies infectieuses, et donc pas de bruit [...] » (B. Hendricks).

« La drogue, c'est émotionnel c'est comme la santé : elle peut être soumise à des pressions politiques considérables » (P. Domingo).

Ces commentaires montrent les craintes de quatre personnes interviewées, que les plans stratégiques politiques soient orientés en fonction de la sensibilité de l'électorat plutôt que sur les besoins spécifiques des personnes dépendantes.

6.1.1.5. Déficit de reconnaissance des savoirs et savoir-faire psychosociaux

Dans au moins cinq interventions, les compétences psychosociales seraient menacées par le corps médical qui est montré comme opportuniste dans ces projets de fusions.

« L'avenir [des prestations psycho-éducatives] est perçu comme inquiétant [par les collaborateurs des institutions], avec l'impression d'être de trop dans le dispositif » (B. Hendricks).

« Le RIFA ouvre la porte au lobbying médical qui ne détient pas toutes les compétences et surtout pas celles liées à la réinsertion ou psychosociales [...] On doit promouvoir le discours psychosocial en symétrie avec la sacralisation du discours médical. Le psychosocial, c'est du bruit pour les médicaux ! » (R. Alagna).

« Les buts différents des mandants comme le SPAS demandent un silence absolu dans les institutions : pas de décès, sous notre responsabilité, pas de bruits » alors que c'est en fait la mission de ces institutions, de stabiliser les passages à l'acte impulsifs » (B. Hendricks).

La défense de la culture et du savoir-faire psychosocial semble être directement menacée dans ces processus de fusions d'institutions et provoquer des ressentis de perte d'identités professionnelles, le lobbying médical étant ressenti comme invasionniste.

⁴⁵ Cette expression évoque métaphoriquement le refus de Ponce Pilate, alors préfet de la province romaine de Judée au moment de la crucifixion, de se prononcer contre Jésus. Il a prononcé alors cette citation célèbre, décrite dans la Bible « Je m'en lave les mains ! » ayant donné le choix au peuple plutôt que d'assumer cette condamnation.

6.1.1.6. Incongruence des missions dommageables pour la pluralité des choix de soins

Dans cette partie, les interventions témoignent de difficultés, voire d'absence de points communs pouvant nourrir une dynamique dans un projet de fusion d'institutions.

« Attention à l'hypercentralisation qui a provoqué l'explosion de plusieurs institutions romandes » (C. Caruso).

« L'impression d'être soumis à deux entités (services de la Santé publique et service social), forte et souvent en opposition de vision, a passablement complexifié le projet » (J. Carreras).

« Une tension chronique entre ambulatoire et résidentiel peut provoquer beaucoup de disqualifications » (A. Bocelli).

« L'historique du résidentiel reste peu compatible avec le bas seuil avec deux évolutions des pratiques largement différentes et quasi opposées [concept d'intégrations sociales] » (B. Hendricks).

6.1.1.7. Conséquences de la marchandisation des prestations antécédemment sociales

Les financements évoluent vers une différenciation des prestations lamalisées ou financées par des tiers, comme les services pénitentiaires cantonaux ou des subventionnements étatiques par l'AI. Une pression non attendue provient d'autres entreprises privées génératrices de soins comme les cliniques privées et les services ambulatoires qui assèchent la clientèle classique des institutions.

« La Lamalisation des prestations médicales dans la Fondation Addiction Jura présente des risques pouvant impacter négativement la balance budgétaire vu que les salaires des médecins sont chargés sur la masse salariale de la fondation » (J. Carreras).

« La construction du tunnel du Lötschberg a ouvert une fenêtre sur la Suisse Alémanique avec ses cliniques financées par la LAMal. Cette marchandisation des soins a provoqué une perte de clientèle que la FAV n'a pas été en mesure de prévenir » (P. Domingo).

« L'image d'un grand secteur d'addictologie comme le RIFA peut devenir nuisible à l'institution car elle peut être vécue par le public comme trop visible ou trop stigmatisante pour des personnes dépendantes, impression potentiellement accentuée avec le RIFA » (L. Pavarotti).

« La lamalisation des prestations en institutions met notre canton dans une position difficile car les cotisations [...] risquent d'augmenter même si cette stratégie est justifiée en termes de besoins de financement de soins aux personnes dépendantes » (A. Bocelli).

La lamalisation ne représente pas une solution de refuge pour le financement des institutions fusionnées qui doivent être attentives à leurs clientèles et réactives dans l'évolution sociale et économique des soins.

6.1.1.8 Complexité entre financement ambulatoire et résidentiel

Dans un projet de fusion, les différences de financement sont aussi à prendre en compte et à ne pas sous-estimer selon deux interviewés.

« Les prestations de la FAN seront très large avec en plus une opposition entre résidentiel et ambulatoire, porteur d'un même projet axé dans l'addiction, notions dévoyées par les politiques. La Fondation Addiction devrait fournir des prestations avec une seule enveloppe » (A. Bocelli).

« Le secteur ambulatoire est subventionné par la Santé Publique, le secteur résidentiel par le service d'Action Sociale : Deux financements différents avec des logiques différentes plus celui des articles 74⁴⁶ par la CRIAD⁴⁷ » (P. Domingo).

Quand l'un doit financer l'autre, une tension financière peut en effet menacer le processus.

6.1.1.9. Efficience des gouvernances

Au sein des nouveaux Conseils de fondation fusionnés, les jeux de pouvoir, entre services de l'Etat, politiques ou lobbyistes pourraient avoir des effets négatifs dans la gestion de l'institution.

« On a déploré un effet de doublons dans les répartitions des fonctions dirigeantes, avec la présence de personnes de l'Etat, de la santé, du social et du politique. Les décisions doivent être prises ailleurs » (J. Carreras).

« Le modèle des associations, plus démocratique, permet une diversité exprimable contrairement à une fondation qui est perçue comme une lutte d'influence perpétuelle plus ordée » (B. Hendricks).

« Le Projet RIFA permet un contrepouvoir avec l'État [...] » (R. Alagna).

Une fondation devrait permettre de clarifier le rôle de chaque membre notamment au sujet de sa provenance professionnelle et du pouvoir qu'il est censé représenté au sein du Conseil (représentants de l'Etat, financeurs, acheteurs de prestations, éthiciens, représentants juridiques, usagers, associations professionnelles, etc.).

⁴⁶ L'article 73 de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (1959) [LAI] concernait les subventions de réinsertion pour les institutions résidentielles. Elle a été abrogée en 2006 suite à la mise en application de la péréquation financière. Il règle « les subventions à l'échelle nationale, en particulier pour l'exercice d'aide aux invalides et leurs proches et pour favoriser et développer leurs habiletés » (art. 73 LAI).

⁴⁷ Coordination romande des institutions et organisations (CRIAD) œuvrant dans le domaine des addictions qui a pour mission entre autres de coordonner les répartitions des subventions AI/AVS pour les prises en charges de type ambulatoires

Nous avons donc répertorié les craintes concernant les processus de fusions entre institutions œuvrant dans les prises en charge de l'addiction. Voyons maintenant les opportunités que de tels projets peuvent dégager.

6.1.2. Opportunités

Les « Opportunités » recensent les thèmes pour lesquels un projet de fusion ou de regroupement d'institutions susciterait des circonstances positives à saisir.

6.1.2.1. Meilleure défense des intérêts et des missions

Ces propos d'interviewés montrent qu'une seule entité institutionnelle pourrait s'avérer plus efficace dans la défense de ses intérêts et de ses propres missions.

« La création par une fondation cantonale d'une chaîne thérapeutique cohérente, avec des ressources économiques modérées est le meilleur argument négociable avec les financeurs publics » (P. Domingo).

« Les institutions du RIFA ne sont pas en situation de crise financière ni conceptuelle, et sont en position de force vis-à-vis de l'Etat prescripteur du RIFA » (R. Alagna).

« Les cabinets médicaux sont ouverts aux traitements contre la cyberaddiction, des niches par comportement, ciblées pour des personnes lamalisées » (P. Domingo).

En somme, il est question de puissances négociatrices face à l'Etat financeur que pourrait incarner une fondation Addiction ; les deux cantons munis d'un tel dispositif le reconnaissent.

6.1.2.2. Légitimité du statut de fondation

Un projet de fusion d'institutions de cette ampleur devrait reprendre le statut de fondation comme l'ont fait le canton du Jura, du Valais et de Neuchâtel. En effet, six interventions le mentionnent comme une opportunité.

« Le statut de fondation donne une image plus classe! Une association appartient à ses membres qui exercent un pouvoir dans l'assemblée générale. La fondation ramène à quelque de chose de moderne, en vogue, avec des statuts honorables » (B. Hendricks).

« Le Conseil de fondation est constitué par des représentants de haut niveau décisionnel et de compétences [...] Les miliciens sont minoritaires mais sont représentants de la société civile. Le financement est concerté avec l'État pour y être sécurisé. Le but de cette constitution du conseil est un équilibre des forces vertueux et paisible » (P. Domingo).

« Après des années, le processus est reparti avec les forces politiques. Un accompagnement par un professionnel neutre⁴⁸, comme nous l'avons demandé déjà en 2006, a encadré le processus » (A. Bocelli).

Contrairement à la partie « Menaces », plusieurs interviewés et en particulier ceux des cantons fusionnés reconnaissent que le statut de fondation sécurise leurs relations avec l'État, dans la mesure où celui-ci a reconnu leur utilité publique par un mandat engageant les deux parties.

6.1.2.3. Création d'une identité institutionnelle addictologique cantonale

Dans un projet de fusion d'institutions, une opportunité, relevée par trois interviewés, pourrait permettre d'affirmer une spécificité addictologique institutionnelle favorable à l'équilibre des forces entre le médical et la tarmedisation⁴⁹ des actes de soins.

« La création d'une culture d'entreprise est identitaire et source d'un développement sain et fluide. C'est un beau projet à 20 millions de francs ! On peut faire quelque chose de beau avec et couvrir l'ensemble des besoins du canton en étant constructif et créatif » (A. Bocelli).

« C'est un projet prescrit par l'autorité cantonale [...] qui a permis l'amélioration de l'image des travailleurs du secteur psychosocial en addictologie et une meilleure visibilité au niveau politique de leurs missions et de leur efficience au niveau sociétal » (J. Carreras).

« Cette stratégie de coopération permettrait de répondre aux problèmes de drop-out qui génèrent chez les usagers en crise des effets de mauvaise image, de rejet de l'institutionnel » (L. Pavarotti).

Il ressort dans cette partie l'attention portée sur les sorties du réseau de soins des personnes dépendantes en rechute ou en crise (les drop-outs). Elles pourraient bénéficier du modèle de « traitement intégré », c'est-à-dire, regrouper les prestations allant de l'ambulatoire au résidentiel bas et haut seuil, prestations globalisées dont les fondations Addiction Valais (FAV) et Jura (FAJ) se sont munies, comme les cantons d'outre-Sarine. Il permettrait de s'adapter de manière plus réactive aux besoins et aux réalités motivationnelles des personnes addictes. Il représenterait « la base d'un processus de développement continu⁵⁰ » (Meury, 2016, p.5).

6.1.2.4. Collaboration avec les usagers pour mieux connaître leurs besoins

A l'instar d'autres pays occidentaux, la parole des usagers est mieux validée comme une source de collaboration et de congruence entre l'offre de soins et la demande.

⁴⁸ Il s'agit de Stéphane Rossini (2008), cité à plusieurs reprises dans ce travail

⁴⁹ Système de facturation par point des soins dispensés en institution résidentielle ou ambulatoire

⁵⁰ Traduction de l'allemand

« La bande de la radio FMR a des choses à dire et il est temps de collaborer avec eux » (M. Alvarez).

« Ce n'est pas acceptable qu'on puisse craindre encore actuellement un arrêt de notre traitement de méthadone si on ne respecte pas le contrat de traitement du docteur ! » (M. Alvarez).

« L'utilisateur est l'ensemble de nos pratiques⁵¹ et c'est lui qui rend le tout cohérent. C'est en le regardant lui [l'utilisateur] qu'on se répartit le travail de manière congruente. Il faudrait donc l'intégrer dans le réseau décisionnel, fondation ou pas » (B. Hendricks).

« Au niveau des forces, un tel dispositif intégré pourrait nous aider à déstigmatiser les personnes toxicodépendantes qui ne sont pas les caricatures de la place de la Riponne⁵² » (M. Alvarez).

« La question des droits des usagers est à reprendre notamment dans le système des indications, au niveau du respect des droits de l'homme » (B. Hendricks).

L'avenir serait à juste titre la création d'une véritable coopération entre professionnels et usagers.

6.1.2.5. Construction d'un réseau addictologique psychosocial reconnu

Les savoir-faire psychosociaux souffriraient de reconnaissance du monde politique et médical, entre autres. Plusieurs interviewés proposent la construction d'un réseau de coordination ou de coopération, voire de fusion, afin de promouvoir les compétences du domaine psycho-éducatif.

« L'établissement de contrats de collaboration avec les services hospitaliers ont permis l'accès aux prestations ambulatoires des usagers addictes. Les contrats de collaboration apparaissent indispensables pour fluidifier les relations de travail interinstitutionnelles » (P. Domingo).

« Nous, on est pas ceux de la Riponne, complètement hors de la réalité [...] et ce n'est que comme cela qu'on veut qu'on nous reconnaisse » (M. Alvarez).

« Un développement du RIFA opportun consisterait à décroisonner les prestations du secteur alcool / toxiques et transversales comme les ateliers de travail ou d'occupations à seuils adaptés, l'accueil de jour, les prestations de réhabilitation sociale, ou post-hospitalières pour générer des groupes de prestations complémentaires et interinstitutionnelles » (L. Pavarotti).

Une dynamique positive pose comme objectifs la réunion des savoirs et des coopérations interinstitutionnelles comme préliminaire à une fusion. Celle-ci serait un

⁵¹ Propos de l'association ASUD, cité par R1, une des associations françaises de défenses des droits des usagers de drogues (ASUD, CIRC, AIDES, Talkingdrugs).

⁵² Place à Lausanne connue pour ses toxicomanes déambulants

moteur, incluant le savoir des usagers de drogues afin de mieux cerner les besoins et se répartir les tâches équitablement entre tous les secteurs d'activités d'une fondation.

6.1.2.6. Le résidentiel enfin résilient ?

Longtemps en crise d'identité et critiqués par l'opacité de leurs pratiques, les résidentiels pourraient trouver les bons outils pour actualiser et mieux valider leurs missions, dans cette dynamique de structuration d'une fondation cantonale.

« La construction d'une identité interinstitutionnelle se construit avec le temps par des prestations coordonnées » (R. Alagna).

« Nous avons besoin de redistribution des missions globales avec une réelle investigation des opportunités d'activités en ateliers pour les résidents de tous les foyers, y compris non spécialisés dans les addictions » (A. Bocelli).

« Qu'elles osent [les institutions] affirmer leurs incompréhensions et expliquer leurs stratégies, qui sont marquées par des années de stigmatisations, ce qui fait que l'on surjoue ces comportements de replis, que le CHUV suspecte comme des patterns sectaires » (B. Hendricks).

Ces interventions revendiquent la crise identitaire des institutions résidentielles comme une occasion de reconfigurer leur travail d'addictologie dans une pensée plus intégrale et transversale : la création d'une fondation peut alors permettre des recherches de prestations manquantes comme l'accès au travail pour tous, le recensement des personnes toxicodépendantes en institution, le sans-abrisme où les droits des résidents vieillissants.

6.1.2.7. Changement de paradigme et redistribution des rôles professionnels

Il apparaît dans les denses interventions des interviewés que les effets de l'addiction seraient un terrain de développement et de réorganisation pour le psychosocial en syntonie avec les autres professions de management ou médicales. Celles-ci devraient désormais pendre une place équilibrée avec les professions psychosociales et la voix des usagers.

« Le travail social a le génie pour trouver des solutions moins chères qui respectent les droits humains : le housing-first social en est une solution humaine » (B. Hendricks).

« Maintenant ce ne sont plus les drogues et l'addiction qui sont au centre, ce sont plutôt les effets ; le logement, la précarité, l'isolement social, le marché du travail. Le marché du travail n'est pas adapté et on ment sur la réalité des capacités de travail des personnes addictes » (B. Hendricks).

« Quand on aura un modèle avec une vraie réflexion avec des phénomènes de resocialisation des personnes, ne se limitant pas par des prises de médicaments, c'est

le psychosocial qui saura s'en occuper. Je vois cela comme une mise en place de tous les modèles, une place juste pour chacune des professions » (B. Hendricks).

Suivant les interventions de B. Hendricks, il serait fondamental de créer un modèle cohérent de prise en charge globale qui puisse redistribuer les charges de manière ordonnée des compétences pour chaque profession addictologique.

6.1.2.8. Coopération interinstitutionnelle raisonnable et pragmatique

Dans les propos des interviewés, il ressort qu'une approche plus respectueuse des institutions serait de travailler en coopération autour des besoins des usagers et de leurs droits (logement, travail, appartenance sociale, identité, etc.), d'autant plus que de multiples essais n'ont pas réussis.

« Depuis 1994, un groupe de travail sur les dépendances⁵³ proposait un projet d'ateliers en commun. La Fondation x est très clairement ouverte à une synergie ! Oui mais pas plus loin qu'une collaboration car on ne voit pas comment collaborer » (R. Alagna).

« Le projet de promotion du bilinguisme par le RIFA à la demande du Service du médecin cantonal peut représenter une opportunité de création en synergie d'un vrai réseau coordonné RIFA » (L. Pavarotti).

« On doit retrouver à travers l'utilisateur et on va trouver des choses, il faut des libertés plus larges dans l'échange intercantonal et européen. C'est le lien qui prévaut maintenant entre professionnels » (B. Hendricks).

Il s'agirait alors de se remettre sur la table de travail dans une dynamique de coopération, et non de collaboration, car la dynamique de s'allier pour coopérer sur un même niveau apparaît plus sécurisante pour les institutions. Une coopération semble donc plus raisonnable et pragmatique avant une fusion interinstitutionnelle.

6.1.2.9. Construction d'une institution auto-apprenante et actualisée

Une fondation centrée sur sa mission devrait être mieux attentive à l'évolution des connaissances et former ses collaborateurs dans le but de créer une culture institutionnelle ouverte aux nouveaux besoins des usagers.

« L'hétérogénéité des conceptions de l'addiction doit nourrir la FAV pour la constituer de ce qu'on pourrait nommer un nouveau mythe fondateur. L'IGT peut faire le lien. Mais il faut faire attention aux perversissements du système qu'il faut d'ailleurs que l'on revoie » (P. Domingo).

⁵³ Commission cantonale Addiction (CCA) du canton de Fribourg

« Par exemple, le problème avec le poppers⁵⁴. Il y a eu une désinformation très stigmatisante contre les dépendants qu'on a accusés de prendre ce produit parce que ça dilatait l'anus⁵⁵! Ça n'a rien à voir avec le toxicomane ou les homosexuels et c'est archi faux et débile [...] Je ne sais pas si c'est une fondation qui doit faire ça mais quelqu'un doit s'occuper de transmettre des informations sur les addictions qui soient justes » (M. Alvarez).

« La FAV bénéficie d'un climat serein, au niveau politique. [...] Les cultures institutionnelles centrées vont disparaître » (P. Domingo).

Ces témoignages montrent un intérêt pour une évolution des concepts de prise en charge où les addictions devraient produire plus d'informations et de prestations adaptées aux besoins réels des usagers, prestations dont les considérations personnelles ou d'obédience et de la désinformation sont expurgées.

Voyons maintenant les forces et faiblesses, que de tels projets de fusions interinstitutionnelles peuvent dégager au niveau interne/organisationnel des institutions.

6.2. Origines internes / organisationnelles

6.2.1. Forces

6.2.1.1. Projets sociaux ou financiers à plus grande échelle

Les interviewés mentionnent l'intérêt pour les services de l'État de pouvoir confier à une institution des projets d'envergure cantonale.

« Un projet de développement étatique a été donné à la CCA afin de récupérer la personne en situation de précarité dans les hôtels » (L. Pavarotti).

« Il y a des économies intéressantes à réaliser de l'État avec une fondation Addiction. Ces personnes en grande précarité sociale occupent des places dans des hôtels très chers⁵⁶ dont nous ne nous occupons pas, même si on sait qu'ils sont largement sous des produits » (A. Bocelli).

« La marge de manœuvre est plus importante dans les fondations centralisées dans les domaines de la formation des collaborateurs, des négociations d'achats, des

⁵⁴ Substance chimique qui a un effet psychotrope et vasodilatateur

⁵⁵ Information transformée en rumeur dénigrante contre les consommateurs de poppers et qui perdure encore

⁵⁶ Avec un coût moyen de 70 frs la chambre par jour et par personne : 70 x 30 j = 2100 frs de logement. Ce montant reste bien plus onéreux qu'un studio où les prix moyens tournent autour de 800 frs par mois. Dans le canton de Vaud, le coût de l'aide sociale pour le logement en hôtels des personnes précaires se monte à 10 millions de frs. Il apparaît la même problématique dans les cantons de Neuchâtel, Fribourg et Jura.

emprunts bancaires et dans le développement de nouvelles prestations [...] » (J. Carreras).

Les projets de développement d'alternatives au placement résidentiel, d'amélioration des conditions de logements et de travail des personnes précarisées, de gestion harmonieuse des charges des institutions par des processus centralisés apparaissent comme des forces puissantes de développement d'une fondation centralisée dans sa mission, à contrario d'institutions multiples et divisées.

6.2.1.2. Pérennisation et actualisation des besoins des statuts résidentiels.

L'accueil en milieu résidentiel est actuellement remis en question et de nouvelles prestations sont recherchées afin d'assurer une pérennité pour ces institutions en mal de taux d'occupation. On parle d'alternatives au placement comme si le résidentiel classique ne convenait plus.

« Dans le Haut-Valais, le dispositif d'indication prouve les besoins émergents de longs séjours, l'accompagnement à domicile, les cas lourds, les méthadoniens en résidentiel, la prise en compte des addictes particuliers. [...] La FAV étudie un projet de développement de prestations intermédiaires entre résidentiels et ambulatoires comme un centre de jour en milieu résidentiel, des activités d'atelier, ou des services ambulatoires pour renforcer ou préparer la sortie ou l'admission des usagers » (P. Domingo).

« C'est une synergie prescrite pas l'Etat pour créer de alternatives au placement » (A. Bocelli).

« Le projet RIFA peut réaliser des projets interinstitutionnels d'alternatives aux placements institutionnels, de prévention des risques ou de réinsertion des personnes précarisées » (L. Pavarotti).

L'accueil de cas fortement désinsérés, avec des diagnostics psychiatriques ou d'handicaps moteurs ou mental concomitants, avec une composante de dangerosité pour eux-mêmes et autrui, semble intéressant. On parlerait alors de résidentiel partiel, de passage en suivi ambulatoire progressif, d'accueil de jour, d'atelier pour tous, etc. Le financement risque de déterminer au final la faisabilité ou non d'une telle créativité.

6.2.1.3. Traitements intégrés et multiaxiaux

La stratégie de la transversalité des prestations paraît en lien avec les concepts de traitements intégrés qui sont justifiés une nouvelle fois par le besoin de réduction des sorties de prise en charge non préparées, c'est-à-dire les drop-outs qui causent souvent des coûts de traitements lourds et par des échecs cliniques redoutés.

« Les coopérations entre secteur de l'ambulatoire, du bas seuil aux résidentiels et inversement en ambulatoire adaptés à la situation permet un suivi plus cohérent et

tend à limiter les drop-outs [...] L'ASI a transmis un langage professionnel spécifique » (P. Domingo).

« Créer des projets coordonnés comme « Equip'apparts » est un bond en avant ! » (L. Pavarotti).

« Abandonner le projet de fusion mais trouver un chemin de coopération réelle interinstitutionnelle, sans RIFA est une opportunité qui doit minimiser les risques d'échec » (R. Alagna).

Il s'agit bien de propositions ou de processus de prestations internes, d'opportunités plus cliniques et de collaboration avec un langage commun institutionnel orienté sur les résultats de traitements multiaxiaux : de bas à haut seuil ; addictologie globalisée et intégrée à la mission de l'institution.

6.2.1.4. Mythe fondateur source de stabilité

Les institutions ont souvent été mises sur pied par des personnalités charismatiques dont elles ont du mal à prendre de la distance pour se penser pleinement dans le présent et appréhender l'avenir de leur mission.

« On assiste bien à une rupture avec les anciens mythes du « social permissif et obscur » pour une identité de professionnels basée sur l'efficience et plus collégiale entre travailleurs au sein d'une fondation spécialisée » (P. Domingo).

« Il est espéré des développements de prestations par projets structurés, sortis des identités culturelles de chacun » (A. Bocelli).

« La posture de directeur de fondation cantonale permet mieux de protéger ses collaborateurs des problématiques du secret de fonction et de relations publiques ou avec les médias » (J. Carreras).

Les mythes fondateurs, quand ils ne sont pas oppressants pour la lecture des évolutions sociétales, peuvent être inscrits dans une histoire positive de l'évolution de l'institution. Dans ce cas, la rupture peut permettre une créativité basée sur des critères rassurants, comme ceux de l'efficience qui sont des valeurs actuelles ou de protection sociale des collaborateurs.

Voyons maintenant les faiblesses que de tels projets de fusions interinstitutionnelles peuvent dégager au niveau organisationnel des institutions.

6.2.2. Faiblesses

6.2.2.1. Coûts en service administratif

Selon l'avis de trois interviewés, les institutions privées ne se montrent pas plus onéreuses que celles fusionnées, la place à la bureaucratie ayant tendance à s'hypertrophier.

« Certaines institutions disposent de fonds issus de dons pour une cause spécifique. Certaines associations recevaient de l'argent des paroisses. Avec le RIFA, ces attitudes altruistes risquent de se raréfier » (L. Pavarotti).

« Les sociaux et les médecins sont prisonniers de leurs conditions cadres : l'argent ! Avec de nouveaux modèles comme les communautés d'usagers, la consommation contrôlée, les logements accompagnés : le point commun, ce seront les coûts ! » (B. Hendricks).

« La fusion n'est pas une économie et ne doit pas avoir ce projet de justification » (A. Bocelli).

Il ressort donc qu'une fusion d'institutions ne permettrait pas de réaliser des économies de charges, même si la question des coûts reste un leitmotiv constant pour les gestions publiques.

6.2.2.2. Un seul interlocuteur pour le canton principal financeur

Une des faiblesses importantes suivant l'analyse de certains interviewés est l'unique financeur, ce qui représenterait un risque de pression, d'autant plus que le budget d'une fondation cantonale s'avère bien plus politiquement sensible que cinq éparpillées. En outre, le budget annuel risque d'être négocié en assemblée plénière (Grand Conseil) et non plus en réunion bipartite plus pudique.

« Le rapport de force change avec le canton qui n'aurait plus qu'un seul interlocuteur pour des décisions politiques non négociées. La concurrence qui est stimulée par l'Etat n'est pas non plus une dynamique saine » (B. Hendricks).

« Il est difficile de travailler ensemble surtout quand c'est l'extérieur qui est prescripteur » (J. Carreras).

« Position à risques dans les négociations avec l'État pour un grand budget global très/trop visible avec des craintes de pressions politiques sur des économies d'échelles désincarnées. Les économies demandées sont irréalisables. Économiser 2, 3 millions, nous n'y arrivons pas ! » (A. Bocelli).

La visibilité d'une grande institution provoquerait des effets délétères sur les apports de fonds privés traditionnels auxquels sont habituées les institutions privées. En outre, la gouvernance interne d'une institution fusionnée devrait aussi sécuriser son engagement face aux multiples pressions qu'elle devra gérer. Sa composition devrait alors être reconsidérée pour plus d'expertises et donc d'anticipation dans leurs missions.

6.2.2.3. Gestion de l'instabilité et des crises institutionnelles dans une fondation

L'une des faiblesses repérées est la pénibilité particulière d'une fondation à prévoir et à gérer les crises. Celles spécialistes de la gestion de l'acting et des conséquences

comportementales ordaliques⁵⁷ des usagers sont encore plus soumises à ces aléas. L'autorité centrale reste la direction qui manage dans une constante instabilité due aux pathologies concomitantes à l'addiction en plus des multiples contraintes managériales.

« Les directeurs sont des capitaines par gros temps car il y a des pressions de tous côtés et c'est très complexe en RH [Ressources humaines]. Ils centralisent beaucoup d'informations. Lorsque le directeur est nouveau, ou absent, le Conseil de fondation, qui n'a pas forcément l'habitude d'être chahuté et sous pression politique, risque de passer dans l'opérationnel et personne ne peut l'en empêcher, ce qui représente un risque létal pour une institution » (B. Hendricks).

« L'association Argos n'est pas la fondation addiction de Genève et on ne veut pas assumer cette tâche [...] La constellation de l'associatif est résolument complémentaire et non invasionniste. Nos chaloupes de l'associatif peuvent aller dans les petites criques là où on a besoin de nous, alors que ces paquebots de fondation agissent de manière globale et ne pensent qu'à eux ! [...] Nous, [les associations], nous pensons global mais agissons local ! » (C. Caruso).

La fondation en période de crise aurait tendance à préserver son intégrité par des actes au premier abord salvateurs, mais délétères pour sa survie quand son commandement est absent ou inadapté. La notion de pérennité dans l'associatif semble secondaire, alors que pour une fondation, elle apparaît une valeur fondamentale qui en fait une faiblesse.

6.2.2.4. Conséquences d'une centralisation des prestations addictologiques

Une des inquiétudes des interviewés dans une fusion d'institutions consiste en l'hypercentralisation des prestations avec un appauvrissement de la diversité des approches et une systématisation des soins.

« La toute-puissance de la psychiatrie diminue et elle reconnaît qu'elle ne sait pas tout comprendre de ses clients. Parlons aussi de la posture toute médico psychiatrique de s'arroger le droit de décider pour les autres » (B. Hendricks).

« Le problème n'est pas la médecine, c'est qu'ils ont fusionné les hôpitaux avec les universités et on a enlevé des médecins au chevet du malade » (B. Hendricks).

⁵⁷ « Un comportement ordalique est un comportement à haut risque, prenant sa source dans le désir de jouer avec la mort à des fins de revitalisation de son existence. [...] Le concept d'ordalie est utilisé fréquemment pour comprendre le comportement des toxicomanes chez qui existe [...] un sous-jacent désir de renaître [...] ou de maîtriser le cours de leurs existences. » (Adulte surdoué, 2012, p. 1).

« Le CHUV essaie d'embaucher du personnel psycho-éducatif mais c'est trop cher avec des structures pas faites pour ça mais bien pour leurs fameux overheads⁵⁸ qui financent la recherche du CHUV⁵⁹ » (B. Hendricks).

« Le modèle des petites structures garantit une diversité des prestations et des philosophies. Se rassembler risque de faire perdre de la diversité inéluctablement » (C. Caruso).

Il est question d'appauvrissement des cultures et des savoir-faire psychosociaux, risque majeur en somme d'un regroupement des institutions entre elles et pilotées par une même tête. Les compétences psychosociales apparaîtraient difficilement transposables dans les services hospitaliers ou dans les EMS / EPS de la filière psychiatrique vaudoise, par exemple. Il est témoigné d'un rééquilibrage des lobbyings médicaux mais au profit du trésor assurantiel. Le financement des prestations psychosociales serait donc lamalisable peu ou prou, ce qui amènerait aussi une équité dans les budgets des institutions.

6.2.2.5. Ralentissement du projet par la pression politique

Quatre interviewés argumentent, par leur vécu, la faiblesse d'un projet qui ne respecte pas les étapes nécessaires et qui empêche la compréhension des enjeux de celui-ci par les institutions.

« Le Projet RIFA, s'il ne prend pas un virage coopératif risque d'être enterré par d'autres projets. [...] Les missions, [...] les capitaux, les identités, risquent d'être fragilisés devant la tarmédisation qui risque d'assécher les fonds propres des institutions et les rendre plus dépendantes des financements de l'Etat et des assurances maladies » (L. Pavarotti).

En lutte contre un projet de l'Etat, le risque de la symétrie peut entraîner une confrontation où les institutions ont fort à perdre.

« Je suis pour une fédération pas une fusion, [...] nous aurions tout intérêt à le faire entre institutions » (R. Alagna).

« La FAV est née de groupement de commissions de gestion très en silo, ce qui a largement ralenti l'évolution de la FAV » (P. Domingo).

« Des contrats de prestations avec une autre institution non intégrée au processus d'Addiction Neuchâtel ont bloqué le processus ⁶⁰ » (A. Bocelli).

⁵⁸ Taxe de 28% sur tout ETP du CHUV, destinée à financer la recherche scientifique médicale : plus le CHUV compte d'employés, plus la manne est importante pour la recherche

⁵⁹ Le CHUV s'intéresse à une recherche sur le projet « Housing-first » (logements supervisés bas seuil avec tolérance de consommation), qui devrait être une recherche psychosociale et non médicale

⁶⁰ Le premier projet de restructuration des institutions sociales neuchâteloises date de 2006 et sera opérationnel pour l'addictologie en 2018

Pour ce genre de projet, il paraît nécessaire que des procédures de rapprochement pragmatique soient anticipées entre institutions compatibles et avec un soutien politique personifié et officiel. Dans tous les cas, une attention préventive aux différents scénarios de blocages (nommés ci-dessus) dans le management d'un tel projet apparaît salubre pour progresser.

6.2.2.6. Nécessité du DCISA d'anticiper les besoins des usagers

Toujours dans cette ligne de pensée, la faiblesse d'une fondation fusionnée donnerait une planification bureaucratique des besoins des usagers en opposition avec leurs droits exprimés.

« Est-ce que quelqu'un sait ce qu'il faut pour une personne dépendante ? C'est quoi l'Autre, La rationalité extérieure objective [le DCISA] ? C'est plutôt de la toute-puissance » (B. Hendricks).

« Ce genre de planification produit une symétrie entre résidents et professionnels et le produit stimule ce type de sentiment de défiance. C'est en le regardant lui [l'utilisateur] qu'on va bien travailler et se répartir le travail de manière congruente et arrêter de se disqualifier. On doit donc se répartir le travail » (B. Hendricks).

« Le principe de Fondation ne résout rien en ce qui concerne le socio-éducatif : Celui-ci a touché le fond et ce jour, il rebondit et va reprendre sa place prise par la médecine » (B. Hendricks).

La réussite des stratégies liées à l'apaisement social par la cohésion et le maintien de l'ordre public, chères aux missions politiques, tiendrait alors d'une dynamique coopérative de ce « carré vertueux » dont les quatre angles de prestations seraient : médical, psychosocial, politique et celui de l'expertise de l'utilisateur, qui reste « l'ensemblé de nos pratiques » (B. Hendricks).

6.2.2.7. Projets de fusions anxiogènes pour les collaborateurs

Les processus de fusions d'entreprises sont souvent relatés dans la cinémathèque comme des épisodes de grandes tensions entre les employés inquiets de leur sort, sans avoir de prise sur leur avenir.

« On observe entre les secteurs de l'ambulatoire et du résidentiel une certaine inertie de collaboration qui peut paralyser une dynamique encore fragile » (A. Bocelli).

« Le RIFA reste un projet anxiogène pour les collaborateurs des institutions et une information insuffisante des enjeux pourrait se révéler délétère » (B. Hendricks).

« On a dû gérer des conflits de statuts : employés d'État, employés d'association ou de ligues [...] Une perte d'identité, anxiogène de la part des collaborateurs, avec des périodes de résurgence des porte-paroles du temps passé et une conflictualité

santé/sociale enlisée avec impact sur les ressources humaines (absentéisme, conflits, etc.) ont été observées » (J. Carreras).

Les faiblesses d'un tel projet devraient alors être prévenues en amont, vu l'ampleur du travail et des problématiques narrées par ces interviewés. Peur du changement, réelle ou interprétée, les collaborateurs sont les forces vives d'une institution (avec 85% des charges globales) et pourraient menacer l'issue du projet.

6.2.2.8. Mythes fondateurs nécessaires à la stabilité d'une identité institutionnelle.

Recréer une fondation globalisée provoque inévitablement la remise en cause de la culture institutionnelle qui valide sa mission. Il ressort des témoignages récoltés le besoin de références, et les crises dans certaines de ces institutions montrent aussi la difficulté d'en changer.

« Laurent Kurth⁶¹ dit qu'une culture institutionnelle s'opère en 3 ans, se vit en 5 et se développe en 10 ans » (A. Bocelli).

« Ce n'est pas un long fleuve tranquille que de fusionner les institutions. [...] Une crise importante a révélé les difficultés de passer à des prestations de silo à une organisation formelle. Elle a montré le besoin de remise en cause de la gouvernance managériale vers une plus transversale et avec un seul SMQ [Système de Management Qualité] » (P. Domingo).

« La médicalisation des réponses aux addictions ne pourra pas répondre à toutes les questions : la preuve en est pour les résidents sous statut pénal placés en institution plutôt qu'en prison à 1200 CHF par jour » (C. Caruso).

Une des faiblesses d'un projet de fusion d'institutions addictologiques serait donc la perte d'identité que le monde médical ne pourrait pas remplacer, car sa mission ne peut pas répondre aux besoins sociaux des personnes en grande précarité comme les dépendants. Ceux-ci ont besoin de comprendre le sens de leurs encadrements psychosociaux et les valeurs qui y sont développées. Cet état de fait paraît évident et renforce a fortiori les valeurs psychosociales heuristiques et complémentaires aux directives scientifiques de gestions publiques actuelles.

⁶¹ Kurth Laurent, Conseiller d'État, Département des finances et de la santé, vice-président du conseil d'État du 30 mai 2017 au 31 mai 2018

7. Discussion

La discussion de ce travail est structurée selon les sept points de la grille SWOT/MOFF⁶².

7.1. Prestations

La filière d'hébergement psychiatrique nomme les missions des institutions par le maintien des acquis et la réhabilitation, la réduction des risques et l'engagement dans le suivi, précisant les problématiques de dépendances associées et l'insertion socio-professionnelle des personnes indiquées par le BRIO, service de liaison entre institutions. La compatibilité des techniques de réhabilitation ou d'accompagnement au rétablissement mis en pratique dans les services médico-sociaux ou de psychiatrie communautaire (rattaché au Département de Psychiatrie du CHUV) semble tout à fait évidente, d'autant plus qu'elle reste dans la ligne des pratiques psychosociales.

Par exemple, le concept de consommation contrôlée de toxiques « propose une gestion de la consommation selon un plan et des règles (quantité, fréquence ou cadre), préétablies par la personne concernée » (Prats et Tharin, 2014, pp. 35-36). Il permettrait aux professionnels des EMS de trouver des réponses plus structurées et sécurisées pour les problématiques de crises addictives chez leurs usagers comorbides.

En outre, le Professeur Jacques Besson (2011) décrit le « rôle de la psychiatrie dans les traitements des addictions » (Besson, 2011, p. 2). « On assiste encore, à une dialectique du rapprochement et de l'éloignement entre les acteurs de la psychiatrie et ceux des addictions. Il faut dire que la complexité est grande dans les deux champs » (Besson, 2011, p. 5). Le chemin, complémentaire et, à terme, indissociable, apparaît encore laborieux suivant les témoignages des interviewés à propos des disqualifications fréquentes dans les réseaux entre professions œuvrant dans le traitement conjoint psychiatrique et addictologique.

Enfin, l'enquête réalisée par le Professeur Antonio Da Cunha (2010) sur mandat de la CRIAD confirme la nécessité de grouper les offres jusqu'à l'intégrale des prestations. Ainsi il écrit que « le temps est à l'innovation adaptative. L'articulation entre les acteurs résidentiels et ambulatoires offrent une réelle opportunité d'amélioration de la continuité des traitements au bénéfice d'une prise en charge plus efficace. La mise en œuvre de fonction transversale pour garantir la cohérence de l'ensemble s'impose afin d'assurer le développement de solutions intégrées qui feront leurs preuves et de tirer avantage des héritages institutionnels et thérapeutiques constitués des savoirs accumulés et des prestations existantes » (Da Cunha et al., 2010, p. 10). La grande préoccupation quotidienne des intervenants, commentée aussi dans cette étude, de réduire les drop-outs chez une population addictive, réputée à juste titre agissante et instable, est largement justifié et valide le commentaire du Professeur Da Cunha et al. (2010).

⁶² Dans ce travail, annexe n°6

7.2. Ressources humaines

La question des économies d'échelle promises par les États comme faire-valoir électoral reste délicate. Neuchâtel annonce avoir dégagé 1 million CHF d'économies sur la fusion pour un budget annuel de 20 millions, mais pour une économie projetée de l'État de 2,5 millions. Il semble qu'une des stratégies soit le départ de directeurs de secteurs ambulatoires et résidentiels, puis leur remplacement par des responsables, ce qui va permettre une diminution des charges salariales à moyen terme pour des postes à hautes responsabilités.

Cependant, le canton de Fribourg annonce que le projet RIFA pourrait économiser 0,3 EPT (environ 30'000 CHF). Les Cantons du Valais et du Jura n'annoncent aucune économie d'échelle dans leur fusion respective. Les compressions de personnel ont déjà été réalisées et le Valais a adopté sa politique de limitation de l'administratif. Il est sans doute crédible de penser que les EPT compressés depuis quelques années ne puissent plus être réduits sans prendre des risques de perte d'efficacité dans ces cantons.

Aucune règle comptable permettant de calculer des ratios d'économies d'échelle en cas de fusion par rapport à la taille des entreprises n'a été trouvée dans le cadre de ce travail. Pourtant Saba et Dolan (2013) affirment que « la taille de l'entreprise détermine également les stratégies de gestion des ressources humaines car elle permet de réaliser des économies d'échelle qui raffermissent la compétitivité des entreprises. Ces dernières disposent alors d'une plus grande marge de manœuvre dans l'élaboration de leur politique en matière de ressources humaines, plus particulièrement en ce qui a trait à la rémunération, à l'évaluation du rendement et à la définition des cheminements des carrières » Saba et Dolan (2013, p. 63). Un des objectifs stratégiques en cas de fusion est l'analyse précise du rapport entre les EPT, les tâches et les ressources utiles. Finalement, il apparaît que les économies d'échelle sont une stratégie qui pourra aussi permettre un redéploiement des compétences et donc permettre d'éviter au moins quelques doublons. Un management intégré dans les institutions fusionnantes peut réussir, par ce redéploiement des compétences. Il développera des pratiques et donc une augmentation de l'efficacité des prestations restant liée à la mission de l'institution.

7.3. Financement

Le financement des institutions reste une problématique redondante dans les cantons et il fait l'objet de polémiques politiques récurrentes. En effet, le consensus de l'équilibre budgétaire reste fragile. La Fondation Addiction-Valais vit d'ailleurs actuellement une crise d'identité en lien avec ses coûts chargés sur les fonds publics (Groupement romand d'études de addictions, 2017). Dans le Canton de Vaud, les services ambulatoires, rattachés au CHUV sont financés par la facturation des soins aux caisses de compensation maladie et par une subvention du DSAS. Le secteur résidentiel est en

grande partie financé par le SPAS, puis par les Services pénitentiaires pour les résidents placés sous article pénal⁶³ du Code pénale suisse (1937) [CP].

Les appartements supervisés sont financés par le SPAS et le Centre social régional (CSR). Ce dernier a la compétence d'octroyer le Revenu d'Insertion (RI) aux personnes ayant droit. Quant aux appartements protégés, ils sont financés par le SASH, l'AI/AVS et les prestations complémentaires pour les personnes retraitées ou souffrant d'un handicap. Les centres d'accueil à bas-seuil bénéficient quant à eux d'un financement conjoint entre le SSP et les villes concernées.

Ces financements, multiples, complexes et imbriqués entre eux, issus de l'évolution historique des problématiques des addictions, dévoilent des carences dans l'ordonnancement des financements des prestations de soins destinées aux personnes toxicodépendantes. La filière d'hébergement psychiatrique vaudoise a aussi relevé la multiplicité des financements comme difficulté majeure pour l'admission des usagers en EMS et travaille sur une convention interinstitutionnelle pour 2018 (Canton de Vaud, 2016).

Le Rapport BASS (Gehrig et al., 2011) mentionné par l'interviewé B. Hendricks, relève le « problème du manque d'uniformité et de réglementation des financements » (Gehrig et al., 2011, p. 31⁶⁴) au niveau national, et les conséquences sur les coûts des charges publiques. L'interviewé N1 partage la même préoccupation. Selon le Rapport BASS, « d'un point de vue microsocial, le traitement d'un/e patient/e ne sera pas optimal ou efficace car le type de financement va influencer sur son choix et pas sur son besoin réel⁶⁵. D'un point de vue macrosocial, ces mauvaises options vont conduire à un changement des structures qui ne répondra pas à la demande, ni quantitativement ni qualitativement » (Gehrig et al., 2011, p. 31⁶⁶).

En somme, l'unification des financements avec une répartition égalitaire des moyens, notamment sur les prix de journée des institutions résidentielles, représenterait une voie obligatoire pour l'équité des traitements. Elle indiquerait une solution plus favorable, par un projet de fusion des institutions, que de conserver une multiplicité des financements réglementés par de multiples secteurs étatiques.

7.4. Planification

Nous avons relevé dans l'analyse de la situation du canton de Vaud, les multiples institutions de la filière d'hébergement psychiatrique qui sont directement concernées par la problématique des addictions. Cette clientèle échappe au réseau du DCISA. Pourtant les bénéficiaires concernés peuvent intégrer des EMS sur une simple ouverture

⁶³ Articles 59, 60 et 63 CP

⁶⁴ Traduit de l'allemand

⁶⁵ En cas de fortune déclarée, comme la propriété d'un logement, la personne doit participer aux coûts du traitement résidentiel

⁶⁶ Traduit de l'allemand

de dossier et une demande de rente AI. Les procédures d'intégration (DCISA) sont beaucoup plus exigeantes. Les disparités de financement entre l'aide sociale, l'AI et les assurances privées suffisent-elles à expliquer ces différences ? La dépendance aux substances n'est pas reconnue par l'AI comme une maladie, argument qui semble largement financier et hors de la réalité des manifestations pathologiques.

Cette situation crée une première cloison qui isole les personnes toxicodépendantes comorbides des lieux résidentiels spécialisés en addiction. Pourtant, ces derniers sont en mesure d'offrir des prestations d'insertion sociale et professionnelle qui seraient indiquées pour les bénéficiaires concernés.

Peu de statistiques montrent la réalité clinique des résidents de la filière psychiatrique et de leurs problématiques addictives concomitantes. Un repérage des situations des personnes toxicodépendantes au sein de la filière d'hébergement psychiatrique permettrait d'éclairer notre analyse des besoins en matière de prises en charge spécifiques des addictions. Un outil d'investigation globale comme l'ASI/IGT, compatible avec les procédures des centres d'évaluation, en particulier le DCISA et le BRIO, paraît le plus indiqué pour une lecture synthétique et compréhensible pour toutes les parties intéressées.

En parallèle, les centres d'indications (DCISA) génèrent, par leurs procédures optimisées, une seconde cloison entre les centres résidentiels et la clientèle issue du bas-seuil. Ces centres, rendus aveugles à l'évolution des besoins des personnes en situation de grande précarité peinent à adapter leurs prestations pour les intéressés.

La situation paraît symétrique avec les centres d'accueil à bas-seuil, puisque ceux-ci, n'étant plus directement connectés aux prestations résidentielles, ont perdu de vue les potentielles perspectives de développement pour leurs usagers. A fortiori, ces bénéficiaires eux-mêmes ne réalisent plus les possibilités que les centres résidentiels seraient à même de leur apporter. Pourtant, le secteur résidentiel proposerait à leur intention des offres de prestations incluant des entraînements d'habiletés psychosociales et d'insertion citoyenne et professionnelle qui représenteraient autant de perspectives au quotidien que les centres ambulatoires ne peuvent encadrer.

Il serait donc judicieux de créer un groupement réunissant les professionnels des services du bas-seuil et des institutions du résidentiel, pour redéfinir cette relation et travailler les indications aux séjours en institution que les usagers ne connaissent souvent que par bribes ou par clichés.

Au niveau des places à disposition en secteur résidentiel, l'équilibre de la demande et de l'offre nécessite un monitoring précis des candidatures des centres d'indications et des besoins des centres d'accueil à bas seuil. Actuellement il apparaît que le canton de Vaud connaît une surcapacité d'une trentaine de places en regard de la planification cantonale. Cette situation est problématique, car elle représente une menace, potentiellement délétère pour les institutions spécialisées Addictions. Ces dernières années, une trentaine de places ont déjà été supprimées des planifications annuelles par le SPAS, surtout dans les grandes institutions comme la Fondation du

Levant et les Oliviers. A ce jour, la surcapacité des institutions vaudoises est patente et coûte à l'État qui se montre peu tolérant au déficit financier, même annoncé.

Deux démarches pourraient être indiquées :

- Diminution linéaire sur tous les résidentiels, pouvant permettre à ceux-ci de redéfinir leur mission en consensus avec le réseau d'addictologie, et par là même de le pérenniser. Cette option serait une opportunité de construire enfin une conscience collective inter institutionnelle, génératrice d'une prochaine fondation faîtière vaudoise.
- Fermeture ciblée de places dans l'offre des institutions en sous-occupation, parce qu'elles proposent des prestations inadaptées à la demande actuelle. Cette option, plus violente, risque de déclencher des crises institutionnelles tant au niveau des Ressources humaines que vis-à-vis de la confiance avec le réseau prescripteur de séjours. Il est raisonnable de penser que les usagers répercuteront dans leur problématique comportementale l'insécurité globale générée par de tels mouvements structurels.

7.5. Management des institutions

L'enjeu est qu'une impulsion étatique de type top-down⁶⁷, alliée à l'appui d'une institution faîtière légitimée, permette l'implémentation de systèmes intégrés pouvant entretenir des liens fonctionnels et constructifs entre tous les niveaux de prise en charge. Les missions de chaque partenaire, qu'il soit médical, psychosocial, du travail de rue, de l'aide au logement, de l'activité occupationnelle ou de la réinsertion doivent être intégrées.

L'expérience du Valais a montré que cette volonté de management faîtier n'est pas naturelle dans les institutions. Celles-ci ont en effet tendance à utiliser les procédures à leur avantage. « [...] Il faut progresser et faire attention aux perversissements du système » (P. Domingo). Selon Enriquez (1992), « L'institution ne se conçoit pas comme le produit d'une histoire : Elle ne se conçoit que comme le produit de la nature des choses. C'est pour cela que c'est au niveau institutionnel que s'exprimera de la manière la plus directe possible le problème de la loi et de l'interdit, de l'amour et de l'agressivité et donc du désir à la perversion » (Enriquez, 1992, p. 87).

Même si selon l'interviewé jurassien « ce management plus pyramidal avec une centralisation décisionnaire est plus efficace qu'avec une multitude d'institution » (J. Carreras), il est relativisé par l'avertissement de l'interviewé de Genève, « nos chaloupes de l'associatif peuvent par contre aller dans les petites criques, là où l'on a besoin de nous alors que ces paquebots de fondation agissent global et ne pensent qu'à eux ! [...] Nous, [les associations], nous pensons global mais agissons local ! » (C. Caruso). Effectivement, le rassemblement du dispositif représente un risque de

⁶⁷ Paradigme d'action managériale basé sur une action décisionnelle verticale dirigée du sommet vers les niveaux opérationnels

détériorer les possibilités de bénéficier de la diversité dans un ancrage local, au profit d'un dispositif trop large et autocentré.

Ces considérations sont congruentes avec l'évolution du management des directions d'institutions socio-sanitaires. En particulier, le concept « du management hybride » (Gather-Thuler, Ottiger, Losego et Maulini, 2017) repéré chez les directeurs d'institutions sociales par Gather-Thuler et collègues (2017), est décrit « concrètement par la mise en place de nouveaux dispositifs de gestion qui font appel, d'une part, à une rationalisation et une réorganisation des processus du travail et, d'autre part, à une responsabilisation et à une redistribution solidaire des pouvoirs décisionnels à tous les niveaux du système, afin de répondre au plus près aux demandes des usagers, tout en satisfaisant les exigences nouvelles de rentabilité et de performance [...] Les schémas s'éloignent toujours davantage des modèles bureaucratiques classiques » (Gather-Thuler et al., 2017, p. 254). Il serait dès lors souhaitable que les institutions socio-sanitaires puissent créer un style de management qui leur soit propre, inspiré de cette hybridation des fonctions, et dynamisé par ces une nouvelle approche qui consisterait à « mettre en place un ensemble de pratiques d'auto-gouvernance qui ont fait leurs preuves. *Holacracy* est le candidat naturel dans ce cas » (Laloux, 2014, p. 385). « Il repose sur une structure d'équipe emboîtée (cercles) qui sont totalement libre de discuter la répartition des rôles au sein de l'entreprise » (Laloux, 2014, p. 441).

7.6. Aspect des gouvernances

La stratégie de fusion des institutions a été mise en pratique, dans les cantons d'Outre-Sarine, comme à Zürich (Rindlisbacher, Baumberger et Walker, 2016, cités par Sommerfeld, 2016), à Schaffhouse ou à Berne. Ceux-ci prônent la qualité des soins dans l'offre intégrale (Eckmann, 2016). En somme, intégrer les différents types de prises en charge permet un développement de l'efficience correspondant à ce qui est attendu du travail interdisciplinaire, parce qu'il permet de s'adapter de manière plus réactive aux besoins et aux réalités motivationnelles des personnes addictes.

Franziska Eckmann (2016) prévient les risques de cette offre intégrée, confrontée à la multiplicité clinique des troubles psychiatriques et somatiques concomitants aux addictions. Elle se questionne également sur les conséquences sur la cohérence de la réponse institutionnelle, des demandes de la population addictive en constantes complexifications. Le potentiel d'adaptation pour les collaborateurs de terrain risquerait d'atteindre ses limites.

Il apparaît que si l'offre intégrée vantée par les cantons alémaniques soit une solution actuelle, elle possède aussi des inconvénients dans son devenir. Ceux-ci pourraient, le cas échéant, provoquer à terme une re-sectorisation des prestations. Se poserait alors la pertinence d'entretenir des observatoires multidisciplinaires de l'évolution des addictions dans leurs dimensions bio-médico-psychosociales, civiques et judiciaires. Le développement du marché international de la drogue devra également être pris en compte, ainsi que la progression du débat sur la dépénalisation de la consommation et du commerce des substances illicites. Les problématiques de la dépendance

s'avèrent bel et bien multifactorielles. Les stratégies devront donc être intégrées dans les Départements concernés, et re-questionnées par un pôle de recherche dynamique, indispensable à leur cohérence au long cours.

7.7. Statuts

Un projet de fusion apparaît prématuré, au vu de la diversité des statuts juridiques des institutions, de leurs financements et de leurs appartenances aux différents Départements ou Services de l'État.

Une Fédération, à savoir un regroupement de plusieurs sociétés, serait plus respectueuse de l'identité et des missions de chacune. S'ensuivrait dans un second temps une structure faîtière qui aurait la légitimité légale de la juste distribution des ressources, sans influencer sur les savoirs historiques et cliniques institutionnels. Ce scénario serait à mon sens une solution plus pragmatique et prudente. Une collaboration, suivie d'une coopération entre institutions apparaît être un préalable sécurisant pour les différentes parties prenantes. Elles peuvent alors reconnaître leurs points convergents et travailler les combinaisons favorables pour un rapprochement. D'autant que ce chemin est réputé nécessiter une dizaine d'années de maturation.

Une fusion, issue de l'initiative des financeurs apparaît trop directive et potentiellement ressentie comme maltraitante par les collaborateurs qui se sentiraient alors dépossédés de leurs savoir-faire, comme de leur sécurité d'emploi. En effet, 85% des échecs de fusion seraient dus à une mauvaise intégration des cultures (Schreuder, 2013).

Une intégration fédérative des fondations, même souhaitée par les parties, ne devra pas non plus sous-estimer les dynamiques constitutives des institutions. Citons leur historicité (mythes fondateurs), leur institué (chartes, règles, contrats, etc.), leur instituant (moyens, pratiques, événements constitutants, etc.) et leur composante relationnelle (styles de relation avec l'extérieur, conflictualités ou compétences diplomatiques, etc.), tels que le définit l'approche globale Historicité/Institutionnel/Organisation/Relationnel (HIOR) de Gaston Jouffroy (2010). Cet outil de management décrit le processus d'institutionnalisation, préconisé pour l'optimisation de toutes entités stables et fonctionnelles. Il « permet une lecture globale pour l'identification et la localisation des problèmes, et transversale pour fonder le sens et les logiques en présence » (Jouffroy, 2010, pp. 54-78).

Il sera alors indispensable que les dirigeants anticipent toutes les étapes du processus de création d'une Fédération d'institutions pour mieux le faire évoluer dans le sens planifié.

8. Conclusion

8.1. Limites de la recherche

Au terme de cette étude, malgré ma satisfaction quant à ses résultats et à son processus, j'émetts quelques réserves concernant sa validité.

L'inconvénient majeur qui apparaît est le nombre limité d'entretiens et la nécessaire condition de m'entretenir avec des personnes qui ont un rôle professionnel concordant entre eux, ce qui a imposé la limite de huit entretiens.

De plus, pour des questions de secret de fonctions, certaines questions d'ordre juridique ou financière n'ont pu être abordées systématiquement. En effet, certaines difficultés au sein des restructurations et l'explicitation des oppositions n'ont pas été abordées dans ce travail à la demande des interviewés. Le développement de cette étude a donc subi plusieurs coupes protectrices.

Un des biais possibles, consiste aussi en la disparité du nombre d'habitants entre cantons. En effet, selon l'Office fédéral de la statistique (2016)⁶⁸, le Jura (73'000 habitants) compte 10% de la population vaudoise (773'000 habitants). La population du Nord-Vaudois (89'000 habitants) est à elle seule plus importante que celle du Jura. Le canton de Fribourg (307'000 habitants) est trois fois plus peuplé que celui de Neuchâtel (178'000 habitants). En somme, les différences entre cantons, démographiques, culturelles, voire même géologiques, ont pu provoquer un impact négatif pour la généralisation de certains points.

L'impact relationnel de ma position de directeur dans cette étude visant l'obtention d'un Master a pu également biaiser les propos des interviewés, de par la pudeur entre responsables à nommer des difficultés liées au travail. Il est probable qu'une certaine autocensure a pu limiter le contenu des interviews. En effet, une étude de Kaiser, Burow, Dahms, Lund, Nast et Zindel (1998), par exemple, a montré que les interviewés se manifestent beaucoup plus positivement dans leurs témoignages lorsqu'ils sont interrogés par des professionnels que par des inconnus. Il reste difficile, même à posteriori, de savoir précisément de quelles manières mon identité de directeur d'institution sœur a influencé le discours des personnes interrogées.

En somme, il apparaît que cette étude pourrait être complétée par bien des analyses comme les coûts réels de l'addiction qui manquent dans nos données. Cependant, le contexte d'un travail de Master ne convient pas à une étude d'une telle ampleur.

⁶⁸ Les chiffres qui suivent représentent le nombre d'habitants recensés pour l'année 2015

J'ai donc tenté de réfréner mon côté stakhanoviste, en me contentant des données recueillies et de mon expertise en matière d'addictologie pour contrebalancer les biais de cette étude et répondre à la question de recherche de ce travail.

8.2. Recommandations

Comme nous l'avons analysé dans cette étude, le regroupement d'institutions peut générer des opportunités de développement, mais aussi des menaces, commentées et illustrées ci-dessus. Il n'en demeure que les centres résidentiels ont besoin de perspectives à court comme à long terme. Le tableau ci-dessous représente un récapitulatif de la situation du dispositif résidentiel dans le canton de Vaud.

Synthèse de la situation actuelle du dispositif résidentiel Addiction Vaud
Surcapacité du réseau addiction résidentiel
Diminution régulière du nombre des indications en résidentiels par le DCISA
Sous occupation des résidentiels et diminution des places financées par le SPAS
Indications de clients potentiels dans la filière psychiatrique, hors DCISA dans des EMS/EPS tarmedisés avec un dispositif d'entrée peu contraignant ⁶⁹
Financements hétérogènes des ESE résidentiels par le SPAS, de l'ambulatoire lamalisé et des centres d'accueil à bas-seuil financés par les collectivités communales et la santé publique
Absence de projection à long terme de politiques « Addiction Vaud »
Sous-attractivité du résidentiel au niveau RH de par sa pénibilité : 24h/24 pour 365 jours/an
Manque de visibilité des avantages et des compétences du résidentiel segmenté par une historicité de concurrence entre institutions
Perte d'identité des institutions psychosociales (ESE)

Des recommandations plus précises peuvent donc être proposées, permettant potentiellement à amener un développement des projets, dans une optique interinstitutionnelle.

⁶⁹ Une ouverture de dossier AI suffit

25 recommandations pour le développement du dispositif résidentiel Addiction Vaud	
Prestations	<p>Cogérer des projets de nouvelles prestations interinstitutionnelles, répartis sur le canton comme alternative aux placements résidentiels, soit le Housing-first dans les quatre districts</p> <p>Doter le DCISA d'une plateforme clinique de gestion de cas complexes et améliorer leurs stabilités</p> <p>Développer les appartements supervisés avec une prise en charge spécifique addiction dans les quatre districts</p> <p>Créer une Organisation de soins à domicile (OSAD)⁷⁰ spécialisée dans le suivi ambulatoire médico-psycho-social pour les personnes toxicodépendantes en logement tous seuils</p> <p>Sonder l'indication de prestations spécialisées et originales de soins addictologiques pour les jeunes dépendants (12-18 ans) en interdisciplinarité avec notamment les institutions de formation professionnelle</p> <p>Anticiper les besoins d'accueil en résidentiel et d'alternatives des personnes dépendantes vieillissantes</p> <p>Créer des ateliers de travail ou d'occupation de tous seuils, en collaboration avec les centres d'accueil bas-seuil</p> <p>Intégrer les besoins spirituels de la personne pour développer les sentiments internes de sécurité</p> <p>Prévoir des places en centres d'accueil de jour d'occupation et de ré-appartenance sociale intégrée et non stigmatisante</p> <p>Intégrer les groupes d'autosupport (NA, AA, FMR, etc.) dans les dispositifs de soins de tout accès</p>
	<p>Une OSAD spécialisée dans le suivi ambulatoire médico-psycho-social pour les personnes toxicodépendantes en logement tous seuils afin de redynamiser le travail en résidentiel avec une meilleure attractivité</p> <p>Promouvoir la formation continue interdisciplinaire pour mieux travailler ensemble</p>
Financement	<p>Quitter le statut des ESE pour celui d'EPS pour acquérir un financement équitable cohérent avec les services ambulatoires et les homes, autorisant une complémentarité des prestations ESE/EMS</p>

⁷⁰ Une OSAD apporte « une assistance individuelle et des soins à domicile afin d'éviter ou d'écourter une hospitalisation ou un séjour dans un établissement [...] Ces prestataires doivent être titulaires d'une autorisation d'exploiter, respectivement de pratiquer ainsi que d'un mandat avec le Service de la santé publique, délivrés par le DSAS pour pouvoir facturer à charge de la LAMal et, le cas échéant, bénéficier d'un fond résiduel. Celui-ci vérifie le respect des exigences légales en la matière, notamment celles liées aux qualifications, à la direction [...] au personnel soignant [...] aux équipements techniques et à l'hygiène. Les OSAD peuvent revêtir diverses formes juridiques, notamment association, fondation, société à responsabilité limitée ou société anonyme. Au total, on dénombre une quarantaine d'OSAD dans le canton de Vaud. 2016 août).

Planification/ Structuration	<p>Faire évoluer le DCISA comme outil de recherche et de validation des options de traitements pour mieux analyser des difficultés inhérentes à l'instabilité des problématiques de grande précarité</p> <p>Intégrer les usagers dans les choix stratégiques de traitement</p> <p>Développer la recherche dans le psycho-social, les publications et les recherches de solutions en assemblées différenciées de professionnels</p> <p>Intégrer la filière psychiatrique et le réseau des homes d'accueil des personnes toxicodépendantes et comorbidés pour se placer au cœur de la clinique et des dispositifs d'hébergement adaptés</p>
Management	<p>Intégrer la filière psychiatrique pour mieux faire valoir les savoir-faire psychosociaux dans un traitement intégratif du médical, médicosocial dans les stratégies de réhabilitations sociales et de réinsertion professionnelle des personnes toxicodépendantes comorbidés, au niveau somatique comme au niveau psychiatrique avec l'option d'une filière résidentiel Addiction intégrée à celle psychiatrique</p> <p>Privilégier la piste de prestations interinstitutionnelles, puis coopérer pour fédérer des institutions avant de fusionner</p> <p>Intégrer les représentants des usagers de drogues comme interlocuteurs bienvenus dans les projections de stratégies de soins aux dépendants</p>
Gouvernance	<p>Intégrer une gouvernance qui rassemble les compétences requises pour notre dispositif : étudier l'opportunité d'intégrer le Département de la santé publique comme outil dynamique où les prestations psycho-éducatives pourraient trouver une place plus cohérente et imbriquée avec celles médico-sociales</p> <p>Développer des observatoires et des groupes pour mieux anticiper les évolutions sociétales et promouvoir les savoir-faire psychosociaux intégrés aux médico-sociaux et avec les instances judiciaires ou de sécurité civile</p> <p>Étudier les atouts et les faiblesses d'une intégration du résidentiel au Service de santé publique pour mieux coopérer entre les services médico-sociaux et psycho-sociaux, et répartir les charges financières entre Départements</p>
Statuts	<p>Générer dans une association d'institutions, une dynamique par étapes de collaboration puis de coopération et de fédération, pour mieux appréhender l'évolution des besoins biopsychosociaux, de réinsertion (et/ou spirituels) des spectres addictologiques</p> <p>Étudier l'intérêt d'une Fédération addictologique par rapport à une fusion d'institutions</p>

8.3. Retour sur la question de recherche

Dans ce contexte vaudois, et en reprenant les propositions et réflexions de l'analyse thématique du contenu des entretiens, des éléments pouvant aider le réseau addiction à reprendre une vigueur plus fédérative ont été relevés. Un nouvel élan prompt à se redéployer tout en respectant son historicité mais en s'adaptant aux contextes évolutifs financiers et politiques et avancées thérapeutiques des neurosciences.

La place que le secteur résidentiel doit, ou peut, prendre dans le dispositif Addiction vaudois dans les années à venir pourrait être :

- Réseau ou groupement d'institutions complémentaires et ajustées dans leurs missions ;
- Inséré dans un système de prise en charge intégrée ;
 - a. Du bas-seuil à l'ambulatoire,
 - b. De l'aide à l'insertion professionnelle à l'assistance aux gestes de la vie quotidienne,
 - c. En logement personnel ou en institution.
- En fonction des besoins du cycle de la vie humaine et d'un seuil adapté à l'intensité de la dépendance et la sévérité des atteintes ;
- Non exclusif aux addictions ou aux syndromes concomitants ;
- Réactif aux besoins de la population ;
- Réactif aux avancées de la recherche scientifique, en particulier, psycho-sociale dont il serait partie prenante ;
- Attentif à l'évolution des comportements sociétaux de l'addiction ;
- Intéressé à écouter les usagers pour mieux penser les structures répondant à leurs besoins dans une co-construction de responsabilités.

« Quelle place pour le secteur résidentiel dans le dispositif addiction vaudois de demain ? »

Sommes-nous prêts à construire une fondation vaudoise de l'addiction ?

Au sens de cette étude, il est nécessaire pour les structures résidentielles de s'intéresser et de constituer un savoir non morcelé et des plus efficient, afin de pouvoir s'adapter aux changements de culture, notamment face à la dépénalisation et la légalisation des toxiques au niveau mondial. Ces mutations sociétales causeront des interactions évidentes sur notre système de prestations résidentielles, qui profiteraient d'une combinaison unifiée pour mieux anticiper les besoins de personnes addictes, ou alors pour s'éteindre parce que le besoin de prise en charge résidentielle n'existe plus.

Générer une association d'institutions, une dynamique par étapes de collaboration puis de coopération et de fédération, pour mieux appréhender l'évolution des besoins bio-psycho-sociaux, de réinsertion (et/ou spirituels) des spectres addictologiques, semble plus rationnel qu'une fusion. Cette dernière paraît induire un stress dans son développement d'autant plus que le réseau des fondations privées vaudoises en addictologie n'a pas encore pu s'identifier à un tel projet.

Étudier alors l'intérêt d'une Fédération addictologique par rapport à une fusion d'institution semble plus raisonnable, d'autant qu'un tel projet d'unification nécessiterait, suivant l'expérience du canton de Neuchâtel, une dizaine d'années de gestation.

« Ou le tout est-il supérieur à la somme des parties ? ».

Les comportements addictifs sont intégrés dans toutes les couches de la société et concernent largement les services de soins des pathologies psychiatriques qui sont souvent identifiées comme concomitantes à l'addiction.

« Nous ne sommes qu'une étoile dans la galaxie de la dépendance » témoignait un interviewé, recommandant une attitude humble dans nos actions, où l'intrication de nos pratiques génère une meilleure complémentarité des prestations. La compréhension des comportements addictifs passe par la recherche, dont la portée heuristique touche tous les domaines scientifiques de la connaissance de l'humain, lui-même en perpétuelle adaptation aux conditions qui se présentent à lui.

« Se réunir est un début ;

Rester ensemble est un progrès ;

Travailler ensemble est la réussite » (Henry Ford)

11. Bibliographie

- Académie des dépendances (2016). *Déclaration d'Ascona*. Repéré à http://www.academie-des-dependances.ch/161123_Declaration_Ascona.pdf
- Addiction Jura. (2015). *Rapport d'activités 2014*. Repéré à http://www.addiction-jura.ch/Htdocs/Files/v/5923.pdf/Qui-sommes-nous/Documents/Rapports-dactivites/AddictionJura_Rapport_act_2014.pdf?download=1
- Addiction Jura. (2016). *Rapport d'activités 2015*. Repéré à http://www.addiction-jura.ch/Htdocs/Files/v/5925.pdf/Qui-sommes-nous/Documents/Rapports-dactivites/AddictionJura_Rapport_act2015.pdf?download=1
- Addiction Valais. (2011). *Communiqué de presse, La LVT, institution phare de la lutte contre les toxicomanies en Valais, dissoute ! Naissance de la Fondation Addiction Valais/Sucht Wallis*. Repéré à <http://cms.lvt.ch/Upload/addiction-valais/PresseCommuniqueFR.pdf>
- Addiction Valais. (2011). *Statuts de la Fondation Addiction Valais – Sucht Wallis*. Repéré à http://cms.addiction-valais.ch/Upload/addiction-valais/fondation/Statuts%20de%20la%20Fondation%2021_02_2017.pdf
- Adulte surdoué. (2012). *Les comportements ordaliques*. Repéré à <https://adulte-surdoue.fr/psychologie-sante/les-comportements-ordaliques-t1684.html>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique statistique des troubles mentaux* (5e éd. ; traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi). Paris, France : Masson.
- Analyse SWOT. (s.d.). Dans *Définitions marketing, l'encyclopédie illustrée du marketing*. Repéré à www.definitions-marketing.com/definition/analyse-swot/
- Antille, J. et Resplendino, C. (2013). *Filière d'accompagnement et d'hébergement psychiatrique*. Lausanne, Suisse : Service de la santé publique, Service des assurances sociales et de l'hébergement, Service de prévoyance et d'aide sociales (Repéré à https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/Rapport_fili%C3%A8re_psy.pdf)
- ASSO. (2017). *Autorité de surveillance LLP et des fondations de Suisse occidentale*. Repéré à <http://www.as-so.ch>
- Association des homes et institutions sociales suisses (2016). *Au cœur de la cité jusqu'en fin de vie – Le futur des EMS Suisses*. Repéré à https://www.curaviva.ch/files/U8ALCUQ/communiqu%C3%A9_de_presse__le_model%C3%A9_dhabitat_et_de_soins_2030_de_curaviva_suisse__03052016__def.pdf
- Axess. (2009). *Neurosciences de l'addiction*. Repéré à https://www.stop-tabak.ch/de/images/stories/documents_stop_tabac/neurosciences_addictions.pdf
- Bardin, L. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris, France: PUF.
- Bernoux, P. (2009). *La sociologie des organisations, initiation théorique suivie de douze cas pratiques* (6^e éd.). Paris, France : Seuil.

- Besson, J. (2011). Addictions : le rôle de la psychiatrie. *Dépendances*, 45, 2-5.
- Bibas, L. (2012). *Manuel de Mindfulness, pratiques et méditations de pleine conscience*. Paris, France : Eyrolles.
- Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, A. et Trognon, A. (1987). *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales*. Paris, France : Dunod.
- Britten, N. (1995). Qualitative Research : qualitative interviews in medical research. *Bmj*, 311(6999), 251-253.
- Broers, B. (2005). Comorbidités : au-delà des définitions académiques, quelle réalité ? *Addictions et comorbidités, Rapport de la Journée régionale Lausanne*, 19-31.
- Buttrick, R. (2014). *Gestion de projets : le guide exhaustif du management de projets* (4^e éd.). USA : Pearson.
- Canton de Vaud. (2016, août). Organisations privées de soins à domicile. Repéré à <http://www.vd.ch/themes/social/vivre-a-domicile/organisations-privees/>
- Canton de Vaud. (2016). Filière d'hébergement de psychiatrie adulte. Repéré à <http://www.vd.ch/themes/social/hebergement/professionnels/filiere-dhebergement-de-psychiatrie-adulte/>
- Canton de Vaud. (2017, janvier). Service de la santé publique. Repéré à <https://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/sante-publique/>
- Canton de Vaud. (2017). Département de la santé et de l'action sociale. Repéré à <https://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/missions-et-activites/>
- Canton de Vaud. (2017). Service des assurances sociales et de l'hébergement. Repéré à <https://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/assurances-sociales-et-hebergement/>
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
- Clerc Bérod, A. (2008). *Indice de gravité d'une toxicomanie au sein de la LVT, années 2002 à 2007*. Repéré à http://cms.lvt.ch/Upload/addiction-valais/Annexes/1078_rapport_bilan_IGT_02_07.pdf
- Clerc Bérod, A. et Moix, J.-B., Schalbetter, P. (2002). *L'indice de gravité d'une toxicomanie : fiabilité et validité auprès de patientes alcooliques et toxicomanes du Valais romand* (Rapport RE/02.01). Sion, Suisse : Ligue valaisanne contre les toxicomanies.
- Code civil suisse (1907). État au 1^{er} septembre 2017 [RS 24 245].
- Code pénal suisse (1937). État au 1^{er} septembre 2017 [RO 54 781].
- Commission Cantonale Addiction (2009). *Vers une politique neuchâteloise des addictions : rapport de législature 2005-2009*. Repéré à <http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Documents/CCArapportlegislature2005-09.pdf>

Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2005). *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*. Repéré à <http://www.grea.ch/sites/default/files/Psychoactiv.pdf>

Confédération Suisse. (2015). *Stratégie nationale addictions 2017-2024*. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/Sucht/strategie-sucht.pdf.download.pdf/Strategie%20nationale%20Addictions.pdf>

Constitution fédérale de la Confédération suisse (1999). État au 12 février 2017 [RO 1999 2556].

Couteron, J.-P. (2016). *La société addictogène*. Repéré à www.grea.ch/sites/default/files/8_0.pdf

CSIAS, Conférence suisse des institutions d'action sociale. (2017). Principes de l'aide sociale. Repéré à <https://normes.csias.ch/fr/a-conditions-et-principes-generaux/a4-principes-de-laide-sociale/>

Da Cunha, A., Caprani, I., Martins, E., Schmid, O., et Stofer, S. (2010). Évaluations des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social. Repéré à <http://www.grea.ch/sites/default/files/rechercheunilcriad.pdf>

Dégion, J.-J. (2004). *Bilan de quarante ans de traitement de substitution par la méthadone*. Repéré à <https://www.psychoactif.org/forum/uploads/documents/1441642442.pdf>

Département de la santé et de l'action sociale. (2008). *États généraux de la toxicodépendance dans le canton de Vaud et en ville de Lausanne*. Repéré à https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/dependances/synthese_EGtox.pdf

Département de la santé et de l'action sociale. (2017). *Référentiel pour la prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures pénales selon l'article 59 CP ou d'une exécution anticipée de mesure (EAM) dans les établissements psycho-sociaux médicalisés et socio-éducatifs établi par le DSAS, avec le SPEN et une délégation des établissements*. Document inédit.

Département fédéral des finances et Conférence des gouvernements cantonaux. (2007). *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)*. Repéré à http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Behindertenpolitik/NFA_Plattform/brochure_RPT_2007.pdf

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS, Etat de Fribourg. (2012). *Rapport de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction aux drogues illégales et à l'alcool*. Repéré à www.fr.ch/smc/files/pdf79/Projet_coordination_Rapport_CE_13_06_20121.pdf

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 360.

- Dubreuil, B. (2016). Qu'est-ce que coopérer. *Sciences humaines*, (282), 28-31.
- Dubreuil, B. et Roland, J. (2014). *Conduire le changement en action sociale, mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations*. Montrouge, France : ESF.
- Dunand, C., Du Pasquier, A.-L. (2006). *Travailler pour s'insérer, des réponses actives face au chômage et à l'exclusion : les entreprises de réinsertion*. Genève, Suisse : IES.
- Eckmann, F. (2016, mai). Angebotsplanung und -finanzierung in den Kantonen. Gespräch mit Beatrice Güntert und Ralf Lutz. *Suchtmagazin*, 39-43.
- Emery, Y. et Gonin, F. (2009). *Gérer les ressources humaines. Des théories aux outils, un concept intégré par processus, compatible avec les normes de qualité*. Lausanne, Suisse: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Enriquez, E. (1992). *L'organisation en analyse*. Paris, France : PUF.
- European monitoring centre for drugs and drug addiction. (2016). *Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. Repéré à http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2639/Comorbidity_POD2016.pdf
- Fazan, C. (2012). *Potentiels et limites des dispositifs cantonaux d'indication dans le domaine des addictions. De la coordination à la coopération* (Mémoire de Master MPA). Université de Lausanne IDHEAP.
- Fondation Neuchâtel Addictions, A. (2007). *Rapport d'activité 2007*. Repéré à <http://www.fondation-neuchatel-addictions.ch/d2wfiles/document/392/5510/0/Rapport%20d'activit%C3%A9%202007%20de%20la%20FNA.pdf>
- Fondation le Relais. (2013). Éditorial, Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes. Repéré à www.relais.ch/n-38-juillet-2013/
- Fridez, E. (2017). Intervention socio-éducative hors murs : ... des origines... aux premières tentatives de formalisation. *Dépendances*, 57, 14-16.
- Gather-Thurler, M., Kolly Ottiger, I., Losego, P., et Maulini, O. (2017). *Les directeurs au travail, une enquête au cœur des établissements scolaires et socio sanitaires*. Suisse, Berne : Peter Lang.
- Gehrig, M., Stettler, P. et Künzi, K. (2011). *Finanzierung der stationären Suchthilfe, Eine ökonomische Analyse der Problemstellungen, die dem bestehenden Finanzierungssystem inhärent sind*. Bern, Suisse: Büro für Arbeits und Sozialpolitische Studien.
- Global Commission on Drug Policy. (2014). *Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*. Repéré à http://static.squarespace.com/static/53ecb452e4b02047c0779e59/t/5409e8bae4b0a1896f0129d8/1409935546117/global_commission_FR.pdf
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403-1408.

- Gothuey, I. (2012). *Addictions et psychose, État des lieux*. Repéré à http://www.traitement-dependance-opioide.org/sites/default/files/T5.3_Gothuey_Presentation.pdf
- Gottraux, M. (1990). *Collaborations dans les professions sociales*. Lausanne, Suisse : EESP.
- GREa, Groupement romand d'études des addictions. (2016). *Equip'Apparts, Une nouvelle association s'attaque aux problèmes de logement des personnes souffrant d'addictions*. Repéré à http://www.grea.ch/sites/default/files/rifa_equipapparts_communique_de_presse_21.12.2016.pdf
- GREa, Groupement romand d'études des addictions. (2017). *Addiction Valais : une institution exemplaire injustement mise en cause*. Repéré à http://www.grea.ch/sites/default/files/communique_de_presse_3.pdf
- GREa, Groupement romand d'études des addictions. (2017). *Déclaration d'Ascona*. Repéré à http://www.grea.ch/sites/default/files/declaration_ascona.pdf
- GREa, Groupement romand d'études des addictions. (2017). *FMR se constitue en association*. Repéré à <http://www.grea.ch/publications/fmr-se-constitue-en-association>
- Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence (2010). *Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir*. Repéré à http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf?ua=1
- Infodrog. (2016). *Monitoring des institutions de thérapie résidentielle des addictions : nombre de places à disposition et taux d'occupation en Suisse en 2015*. Repéré à http://www.infodrog.ch/tl_files/templates/InfoDrog/user_upload/statistik_fr/Infodrog_Monitoring_Rapport2015_fr_2016-11.pdf
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (s.d.). *La prescription de méthadone et d'héroïne*. Repéré à <http://www.prevention.ch/prescriptionmethadone.htm>
- Jelsma, M., et Bewley-Taylor, D.-R. (2016). Ungass 2016 : consensus large ou brisé ? *Dépendances*, 58, 8-12.
- Jouffroy, G. (2010). *Analyse institutionnelle, Des outils essentiels pour le management*. Dijon-Quetigny, France : Imprimerie Darantière.
- Journet, N. (2016). Apprendre à coopérer. *Revue Sciences humaines*, (282), 26-33.
- Kaiser, W., Burow, S., Dahms, M., Lund, H., Nast, J., & Zindel, K. (1998). Interviewer effects in assessing subjective quality of life and satisfaction with care in sheltered housing. *Psychiatrische Praxis*, 25(3), 142-148.
- Laibson, D. I. (1996). An economic perspective on addiction and matching. *Behavioral and Brain Sciences*, 19(4), 583-584.

- Laloux, F. (2014). *Reinventing Organizations : vers des communautés de travail inspirées*. Paris, France : Diatino.
- Lejoyeux, M. et Embouazza, H. (2013), Troubles psychiatriques et addictions. Dans M. Lejoyeux (dir.), *Addictologie* (2^e éd., p. 55-66). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal*. Paris, France : Gallimard.
- Liste de codes CIM-10 (s.d.). Dans *Wikipédia, l'encyclopédie libre*. Repéré le 13 août 2017 à https://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_de_codes_CIM-10
- Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (1959). État au 1^{er} septembre 2017 [RO 1959 857].
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (1994). État au 1^{er} septembre 2017 [RO 1995 1328].
- Loi fédérale sur la fusion, la scission, la transformation et le transfert de patrimoine (2003). État au 1^{er} janvier 2014 [RO 2004 2617].
- Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (2006). État au 1^{er} janvier 2017 [6049].
- Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (1951). État au 1^{er} mai 2017 [RO 1952 241].
- Martin, F., et Stan, S. (2016). Repéré à https://www.cqjdc.org/pdf/congres2016/Atelier_L1_6_Presentation_Martin.pdf
- Meury, W. (2016, mai). Suchtbehandlung : Interdisziplinär? Sozialtherapeutisch? Integriert... *Suchtmagazin*, 5-9.
- Monitoring suisse des addictions. (2017). Opioides : mortalité. Repéré à <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/3/7.html>
- Montavon, P. (2003). *Les opérations de restructuration selon la nouvelle LFus*. Repéré à http://www.trex.ch/custom/trex/pdfarchiv/TREX_2004/Edition_3/Articles_specialises/P._Montavon_Les_oper.pdf
- Morel, A. et Couteron, J.P. (2008). *Les conduites addictives, comprendre, prévenir, soigner*. Paris, France : Dunod.
- Morel, A., Couteron, J.-P., Fouillard, P. (2015). *Addictologie, en 49 notions* (2^e éd.). Paris, France : Dunod.
- MSSS, (2013). Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-02W.pdf>
- Ouvray, K. (2010). *Rester dépendant des institutions médicosociales*. Paris, France : Harmattan.
- OFAS, Office fédérale des assurances sociales. (2016). *Mission de l'OFAS*. Repéré à <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/ofas/aufgaben.html>

OFS, Office Fédérale de la Statistique. (2016). *La population de la Suisse 2015*. Repéré à www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.1401563.html

OFSP, Office Fédérale de la Santé Publique. (2011). *Consommation d'alcool en Suisse : fiche d'information fondée sur l'Enquête suisse sur la santé et son analyse par Addiction Info Suisse*. Repéré à https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/alkohol/Alkoholkonsum_fr.pdf

Olivenstein, C. (1977). *Il n'y a pas de drogués heureux*. Paris, France : Robert Laffont.

Organisation mondiale de la santé. (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (10^e éd.) Paris, France : Masson..

Peter, H. (2002). Loi fédérale sur la fusion. *Journal des tribunaux*, 327-345.

Pensée complexe. (s.d.). Dans *Wikipédia, l'encyclopédie libre*. Repéré le 6 octobre 2017 à https://fr.wikipedia.org/wiki/Pens%C3%A9e_complexe

Prats, V. et Tharin, A. (2014). *Dispositif vaudois en matière d'addiction : pertinence et adéquation des prestations offertes et en lien avec l'évolution des besoins socio-éducatifs*. Lausanne, Suisse : Haute Ecole Spécialisée, école d'études sociales et pédagogiques.

Règlement sur la surveillance des fondations (2008). État au 30 mai 2012. Repéré à http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.pdf?docId=625398&Pvigueur=2012-06-01&Padoption=2012-05-30&Pcurrent_version=&PetatDoc=C&Pversion=99&docType=reglement&page_format=A4_3&isRSV=true&isSJJL=true&outformat=pdf&isModifiante=false

Rel'ier. (2015). *Monitoring statistique 2015*. Lausanne : Fondation du Relais.

Rel'ier. (2015). *Répertoire des ressources vaudoises en matière de travail social de proximité*. Repéré à <http://www.relais.ch/wp-content/uploads/8-Répertoire-des-TSP-vaudois-1.pdf>

République et canton de Genève. (2017). Direction générale de l'action sociale – Prise en charge socio-éducative en matière de dépendances et organismes subventionnés. Repéré à <https://www.ge.ch/dgas/prestations-politique-cantonale-dependances.asp>

République et canton de Neuchâtel. (2016). *Réforme du dispositif neuchâtelois de l'addiction, Création de la Fondation Addiction Neuchâtel*. Repéré à <http://www.ne.ch/medias/Pages/170116-reforme-du-dispositif-neuchatelois-de-l-addiction.aspx>

Réseau Santé Nord Broye. (2017). *Qu'est-ce que le BRIO ?* Repéré à www.reseau-sante-nord-broye.ch/bureau-regional-information-orientation-brio

Réseau santé Nord Broye. (2017). *Travailler ensemble pour un système de santé régional efficient*. Repéré à <https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/presentation>

RIIPSO, Réseau intercollégial des intervenants psychosociaux. (2017). *L'intervenant psychosocial*. Repéré à <http://www.riipso.qc.ca/a-propos/l'intervenant-psychosocial/>

Roduit, P. (2012). *Les offres résidentielles en matière de traitement des addictions : le temps de l'innovation adaptative*. Repéré à https://www.artias.ch/wp-content/uploads/2012/05/Dossiermai_juin12_final.pdf

Rosenzweig, M. (2008). *Drogues et civilisations, une alliance ancestrale*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.

Rossini, S. (2008). *Prolongement de la démarche RENARD 4 dans les établissements spécialisés pour enfants et adolescents du canton de Neuchâtel*. Repéré à http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5_cR4X-88d4J:www.ne.ch/autorites/DJSC/SAHA/Documents/Rapport_Rossini.pdf+&cd=1&hl=t&ct=clnk&gl=ch

Saba, T. et Dolan S.-L. (2013). *La gestion des ressources humaines : tendances, enjeux et pratiques actuelles* (5^e éd.). Saint-Laurent, Québec : Pearson.

Savary, J.-F. (2007). *La politique suisse en matière de drogues. Le modèle des 4 piliers, historique et perspectives*. Repéré à http://www.grea.ch/sites/default/files/Savary_2007%28a%29.pdf

Schmitz, D. et Zöbeli, D. (2016). Financement des institutions sociales : une période de mutations. *Sécurité sociale*, 1, 41-45. Repéré à https://www.ffhs.ch/?action=get_file&id=583&resource_link_id=1aee

Schreuder, M. (2013). L'importance de la culture dans les fusions-acquisitions. Repéré à <https://www.myrhline.com/actualite-rh/l-importance-de-la-culture-dans-les-fusions-acquisitions.html>

Service de la santé publique Jura. (2014). *Stratégies et mesures : Plan cantonal addiction jura, 2014-2024*. Repéré à <https://www.jura.ch/Htdocs/Files/v/15650.pdf/Departements/DSA/SSA/Documents/2014planaddictionmarssme.pdf>

Service de prévoyance et d'aide sociales et Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation. (2010). *Plan stratégique handicap 2011 : Plan stratégique vaudois en faveur de l'intégration des personnes adultes en situation de handicap et de la prise en charge en structure de jour ou à caractère résidentiel des mineurs en situation de handicap*.

Socialinfo, dictionnaire suisse de politique sociale. (2017). Subsidiarité. Repéré à <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=764>

Sommerfeld, P. (2016, juin). Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? *Suchtmagazin*, 27-30.

Tschudin, A. (2010). *Défi addictions : fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse*, Résumé. Berne, Suisse : Stämpfli.

Valleur, M. (2011). Addictions et temporalité. *Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies et des addictions*, (17)2. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Varone, F. et Bonvin J.-M. (2004). *La nouvelle gestion publique*. Bruxelles, Belgique : Fondation universitaire de Belgique (FU/US).

Annexes

Dans cette partie se trouvent les documents ayant permis la réalisation des différentes étapes de cette recherche.

Les synthèses reprennent le contenu de interviews de manière croisée à la fois au niveau de l'analyse MOFF et par rapport aux propos redondants des interviewés.

Annexe n°1 : liste des acronymes

Annexe n°2 : Institutions du réseau addictologique vaudois

Annexe n° 3 : demande d'interview envoyée par courriel

Annexe n°4 : questions de relance lors des entretiens

Annexe n°5 : synthèse SWOT/MOFF des entretiens

Annexe n°6 : regroupement des interventions par catégorie SWOT/MOFF

Annexe n°7 : Engagement de l'auteur du mémoire

Annexe 1 : Liste des acronymes

AVOP :	Association Vaudoise des Organisations Privées pour personnes en difficulté
CCA :	Commission Cantonale Addiction du Canton de Fribourg
CDAS :	Conférence des Directeurs cantonaux des Affaires Sociales
CHUV :	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CIS :	Centre d'Indication et de Suivi (dispositif valaisan)
CLASS :	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
CNP :	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie
CRIAD :	Coordination Romande des Institutions et des organisations œuvrant dans le domaine des Addictions
CTA :	Centre de Traitement Alcoologie (Service en Centre Hospitalier Universitaire Vaudois)
DCI :	Dispositif Cantonal d'Indication (2009)
DCISA	Dispositif Cantonal d'Indication (2016) et de Suivi en Addictologie
DCIST :	Dispositif Cantonal d'Indication (2012) de Suivi Toxicomanie
DSAS :	Département de Santé et d'Actions Sociales (même dénomination pour le canton de Vaud et de Fribourg)
EMS:	Etablissement Médico-Social
EPS:	Etablissement Psycho-Social
ESE:	Établissement Socio-Éducatif
EVITA :	Évaluation, Indication, Traitement et Accompagnement (dispositif vaudois alcool)
FVA :	Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme
GCDP :	Commission Globale de Politique en matière de Drogues
GRAS :	GRoupement des services d'Action et d'aide Sociales des cantons romands, de Berne et du Tessin
GREA :	Groupement Romand d'Étude des Addictions
HNM :	Home Non Médicalisé
INFRI :	Association FRibourgeoise des INstitutions spécialisées
LAIH :	Loi sur les mesures d'Aide et d'Intégration pour personnes Handicapées, du canton de Vaud, du 10 février 2004
LAMaL :	Loi fédérale sur l'Assurance-MALadie du 18 mars 1994
LIPPI :	Loi fédérale sur les Institutions destinée à Promouvoir l'intégration des Personnes Invalides
LStup :	Loi fédérale sur les Stupéfiants
OASup :	Ordonnance sur les troubles de l'Addiction (balise les tâches de l'OFSP en regard de la politique des quatre piliers, hormis la répression)

OCStup :	Ordonnance sur le Contrôle de Stupéfiants laquelle règle les activités de Swissmedic)
OTStup-DFI	Ordonnance sur les Tableaux des Stupéfiants (ordonnance du Département Fédéral de l'Intérieur, détermine les listes des substances soumises à contrôle).
PICA :	Processus d'Indication Cantonal Addiction fribourgeois
RFSM :	Réseau Fribourgeois de Santé Mentale
RPT :	Réforme de la Péréquation financière et de la répartition des Tâches entre la Confédération et les cantons
SASV :	Service d'Action Sociale Valaisan
SPAS :	Service de Prévoyance et d'Action Sociale vaudois
SSP :	Service de Santé Publique vaudois
Swissmedic :	Institut suisse des produits thérapeutiques

Annexe 2 : Institutions du réseau addictologique vaudois

AA Association : Association Alcoolique Anonyme.

AACTS Fondation : Fondation AACTS (Addiction, Action Communautaire, Travail Social) basée à Vevey et active dans les domaines de la prévention, de l'accueil, de l'orientation et de l'accompagnement des personnes touchées directement ou indirectement par des problèmes d'addiction ou par d'autres difficultés sociales.

ABS Fondation : Fondation Accueil à Bas Seuil d'accessibilité. Elle gère différents projets au bénéfice de personnes confrontées directement ou indirectement à une consommation problématique de produits psychotropes.

Altage Groupe EMS : La société home-âge SA gère la plus grande partie des EMS d'Altage. Ces établissements sont privés mais reconnus d'intérêt public par le Département de la Santé et de l'Action Sociale de l'État de Vaud.

Apollo Fondation : La Fondation Apollo a pour objectif d'aider des personnes qui connaissent, pour des raisons financières ou sociales, des difficultés à trouver et/ou à conserver un logement stable.

Argos Association: Les professionnels d'Argos accueillent toute personne confrontée à des problèmes de dépendance, ainsi que leurs proches, dans le cadre de son centre de jour Entracte et de ses deux centres résidentiels : le CRMT et le Toulourenc.

Bartimée Fondation : La Fondation Bartimée a pour but d'accompagner les personnes majeures, en difficultés personnelles et sociales ou confrontées aux problématiques associées à l'addiction, dans l'amélioration ou le maintien de leur qualité de vie.

Bethraïm Association : Bethraïm offre un lieu de vie à toute personnes souffrant de dépendance et désireuse d'être accompagnée sur le chemin de la liberté et de l'espérance.

BRU EMS S.A. : L'EMS Bru propose un cadre de vie qui répond aux besoins sociaux et thérapeutiques des résidents souffrant de dépendance en lien avec l'alcool ou d'un handicap psychosocial incompatible avec un habitat indépendant.

CAAD Fondation : Le Centre d'accueil d'adultes en difficulté a pour mission d'offrir une prise en charge bio-psycho-sociale de longue, voire de très longue durée, à des personnes en situation de handicap psychique. Le but visé est le recouvrement progressif, souvent partiel, de leur indépendance.

Calypso CHUV : La Calypso est une unité cantonale de soins aigus. Elle reçoit en hospitalisation, et sur une base volontaire, les patients souffrant d'addiction aux substances.

CAP (Fondation Le Levant): Centre d'aide et de prévention, dont l'équipe pluridisciplinaire est composée de psychologues, intervenants en addiction et en prévention.

Champ Fleuri Fondation : Établissement psycho-social médicalisé (EPS-M) qui se dédie à l'accueil en résidentiel et au suivi à domicile de personnes souffrant de pathologies duelles.

CHUV : Centre hospitalier universitaire vaudois.

Clairière (la) Fondation : La démarche de la Fondation La Clairière a pour but de permettre aux personnes âgées de 16 à 24 ans, souffrant de troubles psychiques, de dépendance et/ou de difficultés d'insertion sociale, de développer des forces de guérison et d'adaptation dans un contexte de vie pratique et thérapeutique diversifié.

CPNVD : Centre de psychiatrie du Nord Vaudois, Secteur psychiatrique Nord.

Croisée de Joux (la) Fondation : La Maison d'accueil et d'hébergement « La Croisée de Joux » est une institution adaptée à des personnes en difficulté psychique et sociale.

Croix-Bleue Association : Sa mission est de venir en aide aux personnes dépendantes de l'alcool, ainsi qu'à leurs proches, en appliquant trois actions : prévenir, conseiller et accompagner.

CSR : Centre Social Régional.

EDS Fondation : Entrée de Secours. Centre ambulatoire offrant des prestations sociales et médicales (accueil, soutien et orientation) aux personnes toxicodépendantes et à leurs proches résidant dans la région de l'Ouest vaudois.

L'Épi Fondation : Accueil des personnes ayant perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool.

Estérelle/Arcadie Fondation : Centre de compétences addictologiques. Reconnue d'utilité publique, elle accompagne de manière résidentielle ou ambulatoire des personnes dépendantes à l'alcool et/ou aux produits psychotropes, dont les troubles associés n'excluent pas une autonomie et une capacité de réinsertion sociale.

Foyers des Rives du Rhône : Les foyers Rives du Rhône de Sion et François-Xavier Bagnoud de Salvan offrent 30 places de thérapie (15 à Sion, 15 à Salvan) à des adultes ou adolescents, majeurs ou mineurs, en dysharmonie avec l'entourage, l'environnement et eux-mêmes.

FVP : Fondation Vaudoise de Probation.

GRAAP Fondation : Fondation Groupe d'accueil et d'action psychiatrique.

Hôpitaux somatiques : Plusieurs établissements hospitaliers sont présents dans la région de l'Est vaudois et du Chablais valaisan.

J&C DUC EMS Fondation : Établissement psycho-social qui s'inscrit dans le modèle du rétablissement.

JdP : Justice de Paix.

Levant (le) Fondation : Sa mission est le traitement des addictions et l'insertion socioprofessionnelle. Elle gère en outre le Soleil Levant.

Lys (des) Fondation : Établissement psycho-social offrant un lieu de vie et de soutien, dont les séjours ont pour but de réaliser une démarche d'émancipation et de socialisation.

Métairie (la) : Clinique psychiatrique privée dotée d'une longue histoire dans le domaine du traitement hospitalier des troubles psychiques.

Mujon Fondation : Réhabilitation et/ou maintien de l'indépendance sociale, en résidentiel ou en accueil de jour. Cadre de vie communautaire où chacun participe aux tâches de la vie quotidienne, activités de développement personnel, soutien psycho-social individualisé.

NA Association : Association Narcotique Anonyme.

OCTP : Office des curatelles et tutelles professionnelles.

OEP : Office d'exécution des peines.

Oliviers (les) Fondation : 83 places en chambres individuelles destinées à des personnes en grandes difficultés avec leur consommation d'alcool et/ou d'autres produits psychotropes.

Pension Buchs : Famille d'accueil à Ste-Croix.

Point d'eau Fondation : Fondation à Lausanne, déclarée d'utilité publique, dont le but est l'accueil de personnes démunies ou défavorisées, sans distinction d'âge, de nationalité, de religion, de sexe, ou de statut légal en Suisse.

Poladd CHUV: Section d'addictologie Policlinique d'addictologie.

Pommerai EMS Fondation : Fondation composée du foyer de Chailly et du foyer éducatif La Pommerai, dont le but est l'insertion sociale d'adolescentes (14-18 ans) en difficultés personnelles et familiales (ne pouvant pas vivre dans leur famille pour des raisons socio-éducatives).

Praz-Soleil (Bethel) Fondation : La Maison Béthel est une structure intermédiaire au sein du réseau psychiatrique du canton de Vaud, dont la mission est de favoriser le maintien à domicile.

Relais (le) Fondation : La Fondation Le Relais œuvre pour l'insertion sociale et professionnelle d'adultes et jeunes adultes en difficulté.

Rel'ier (Fondation Le Relais) : Participe au renforcement du réseau des professionnelles intervenant dans le champ des addictions.

Ressource NE Fondation : Accueil et accompagnement des personnes souffrant de problèmes de dépendance régulièrement associés à une comorbidité psychiatrique.

Rôtillon (le) ESE Fondation : Offre des prestations d'accompagnement socio-éducatives et médicalisées à des personnes psychiquement instables, vivant dans des conditions de grande précarité, souffrant d'isolement social et sortant parfois d'une période "sans abri".

Rouvraie (la) Fondation : Accueil de 14 personnes adultes, en situation de handicap psychique et offre de possibilités de réadaptation socio-professionnelle, lieu de vie sécurisant, encadrement psychosocial adapté, ateliers internes répondant à différentes missions, nourriture saine et équilibrée, animations variées conciliant loisirs et prévention.

Saphir-EMS-Appart Fondation : « Les Apparts » est une structure d'accompagnement médico-social (SAMS) offrant des prestations socio-éducatives à domicile (appartement individuel, communautaire ou en colocation). L'accompagnement socio-éducatif est défini en fonction du projet du bénéficiaire en collaboration avec les partenaires du réseau.

Simonin Fondation : Le Foyer de la Thièle, créé par la Fondation Simonin, est un lieu socio-éducatif qui accueille 18 personnes en rupture personnelle, familiale, sociale, professionnelle.

Sleep'in Association : Le but du Sleep-In est d'offrir à toute personne qui manque provisoirement d'un abri, des locaux nécessaires pour y passer la nuit.

SMPP CHUV : Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires.

Soleil Levant EMS : Fondation Le Levant - Prise en charge de personnes adultes, ayant besoin de soins pour des atteintes infectieuses ainsi que d'autres maladies chroniques.

SPAS : Service de Prévoyance et d'aide sociales.

SSP : Service de la Santé Public.

Toises (les) CPP (Yverdon-les-Bains, Lausanne, Fribourg) : Centre de psychiatrie et psychothérapie offrant des soins spécialisés ambulatoires de qualité aux personnes présentant des troubles psychiques, de façon optimale, personnalisée et adaptée aux besoins de chacun.

UAS-Azimuth : Unité Ambulatoire Spécialisée - Fondation de Nant.

UTAd : Secteur psychiatrique nord Unité de traitement des addictions – CHUV.

Zone Bleue Association : Centre d'accueil, d'orientation et de prévention, ouvert à toute personne concernée par la problématique de la toxicodépendance.

Annexe 3 : Demande d'interview envoyée par courriel

Annexe-N°-19



Bruno Boudier/Bartimée

06.03.2017 18:51

A

cc

ccc

Objet Demande d'interview pour mon travail de Master

"Chères collègues, Chers collègues,

Je réalise depuis 2014, une formation de Master HES-SO en Directions et Stratégies d'Institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires qu'il convient de terminer par un travail de mémoire utile pour le réseau addictologique dans lequel la Fondation Bartimée exerce.

Mon travail de Master a pour mission d'étudier les différents mécanismes de regroupement d'institutions résidentiels addictions, en falière, voire en fondation cantonale. J'ai donc pour objectifs d'étudier les conséquences de tels dispositifs, à cours, moyens et long termes, sur les structures internes et les ressources des institutions regroupées.

Dans votre canton, de tels dispositifs ont été mis sur pied ou sont en cours de réalisation, c'est pourquoi je souhaite vous interviewer sur ce sujet.

En effet, le canton de Vaud n'a pas encore opté pour un tel dispositif et peut-être ma recherche de type prospectif pourra influencer favorablement un tel projet.

Par ce mail, je vous demande donc de m'informer si vous seriez d'accord de me recevoir pour un entretien (d'une heure environ) et dont les règles de confidentialité seront fixés par vous mêmes lors de notre rencontre.

Je pars du principe que je me déplacerai sur votre lieu de travail mais l'endroit restera aussi à votre libre choix.

Le contenu de notre échange sera enregistré puis sera retranscrit sur un document synthétique auquel vous pourrez bien sûr avoir accès. L'enregistrement sera détruit dès l'acceptation de mon Travail de Master par le Jury.

J'espère avoir capté votre intérêt ou votre sensibilité à mon sujet de TM et me réjouis de vous rencontrer prochainement.

Avec mes meilleures salutations.



Bruno Boudier
Directeur
Fondation Bartimée
Corcelettes 11
1422 Grandson

☎: 024/447.40.30

☎: 079/768.34.18

☎: 024/445.14.20

✉: bboudier@bartimee.ch

🌐: www.bartimee.ch

Important

Si vous lisez ce message et que vous n'en êtes pas le destinataire, nous vous saurions gré de bien vouloir nous aviser immédiatement. D'avance, nous vous en remercions.

Annexe 4 : Questions de relance lors des entretiens

Prestations	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles modifications du travail au quotidien ont provoqué les fusions, ou que pourraient-elles entraîner ? - Les exigences Qualité sont-elles différentes, dans le concept, dans les prestations ? - Comment les clients ressentent ou risquent de ressentir les changements de concepts à partir de fusions d'institutions ? - A votre avis, comment un programme intégré peut-il s'adapter à l'évolution des comportements addictifs ? - Comment l'efficacité des prestations pourraient-elles profiter de cette fusion ? Que craignez-vous en retour ?
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les points négatifs et plutôt positifs au niveau des collaborateurs ? - Comment les collaborateurs ont-ils vécu ou pensé de cette fusion ou un projet de fusion ? Qu'en pensent maintenant les collaborateurs ? - Peut-on observer des nostalgies ou des réactions de rejet des anciens modèles ? - Comment les collaborateurs se sont-ils identifiés à leurs nouvelles missions ?
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Comment se sont passées les étapes de création et comment ont réagi les collaborateurs (en cas de fusion) ? - Pensez-vous que le projet produirait des économies de charges pour votre canton ? Comment et combien à votre avis ? - Quels sont/seraient les incidences financières, charges fixes ou variables d'une fusion ? - Lors de fusions, quels doublons dans les organigrammes avez-vous observés ? Pensez-vous qu'ils auront un impact financier réel ?
Planification	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est l'historique qui a permis de changer de paradigme institutionnel ou de le conserver ? - Quelles crises institutionnelles ont déclenché ce genre de projet ? - Comment étaient/sont gérés les dispositifs institutionnels des addictions dans votre canton ? - Qu'elles en ont été les étapes et les difficultés rencontrées au début, en cours et en premier bilan ? - Quelles étaient les craintes et les faiblesses ? Les forces et les opportunités attendues ?

Management	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les mythes fondateurs de la situation actuelle ? Sont-ils toujours en phase avec la réalité des besoins addictologiques de votre canton ? - Quelles postures de direction avez-vous prises, lorsque vous avez appris le projet de fusion ? - Quelles sont les instances ou les personnalités qui ont initié le projet de fusion ou y ont renoncé ? - Quelles sont les étapes qui ont initié le projet ou le maintien du dispositif tel quel ?
Soumission	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cas d'une fusion opérationnelle, pourriez-vous commenter un premier bilan ? - Quelles soumissions politiques ou obédiences professionnelles la fondation a-t-elle acceptées ? Qu'a-t-elle perdu ? - Quelles pertes ou opportunités la représentation au niveau étatique la mission a-t-elle subies ou gagnées dans ce processus ? Quelles étaient/sont les motivations réelles des financeurs pour un projet de fusion ?
Statuts	<ul style="list-style-type: none"> - Au niveau du Conseil de fondation, comment cette assemblée a-t-elle géré le projet, ou comment s'est-elle positionnée ? Quels en ont été les impacts sur le Conseil de fondation et l'organigramme de gouvernance ? - En somme, qu'est-ce la fondation Addiction aurait apporté pour ses usagers, ses collaborateurs, l'institution elle-même et l'État ? Qu'en pensent les électeurs en terme politique communautaire ? - Un statut de fondation est-il bénéfique pour la qualité des prestations ? Pour la pérennité de l'institution ?

Annexe 5 : Synthèse SWOT/MOFF des entretiens

Synthèse des « Menaces » repérées dans les entretiens

La perte des spécificités identitaires des institutions est justifiée par la crainte d'une standardisation de leurs prestations ordonnées par l'application des principes de gestion publique.

Les projets de fusion, sans identification réelle aux institutions risquent de souffrir d'incompatibilités entre institutions, énergétiques et chronophages.

Les économies d'échelle promises dans les processus de fusion génèrent des craintes justifiées. Les gains non réalisés ont alors tendance à décrédibiliser le projet souvent assorti d'hypertrophie de la bureaucratisation.

Les plans stratégiques d'une seule institution pourraient être orientés en fonction de la sensibilité de l'électorat plutôt que par rapport aux besoins réels des personnes dépendantes.

La défense des compétences psychosociales semble être menacée dans ces processus de fusion avec des ressentis de perte d'identité professionnelle en symétrie avec le lobbying médical.

La lamalisation ne représente pas une solution de refuge pour le financement des institutions fusionnées, elle n'est qu'un pendant de la marchandisation globale des prestations.

Entretenir une compatibilité entre institutions dans une fusion provoquerait un renoncement obligatoire à son identité institutionnelle spécifique, difficile à admettre.

Dans un projet de fusion, les financements doivent être équitables entre groupes de prestations. Une tension financière non réglée peut menacer le processus.

Au sein des nouveaux Conseils de fondation fusionnés, les jeux de pouvoir, entre service de l'Etat, politiques ou lobbyistes pourraient causer des effets négatifs dans la gestion de l'institution.

Synthèse des « Opportunités »

Une fondation Addiction cantonale apparaît comme une puissance négociatrice plus efficace face à l'Etat financeur.

Le statut de Fondation sécuriserait ses relations avec l'Etat dans la mesure où celui-ci a reconnu leur utilité publique par un mandat engageant les deux parties. Les membres constituant le conseil profiterait d'un collège de professions intégrales.

Une fondation Addiction pourrait développer le modèle de « traitement intégré », prestations allant de l'ambulatoire au résidentiel bas et haut seuil permettant de réduire les drop-outs, en générant ainsi un processus de développement continu.

La création d'une véritable coopération entre professionnels et associations d'usagers de drogues, actuels ou anciens, permettrait une meilleure vision de leurs réalités et de leurs besoins globaux, en congruence avec l'évolution sociétale.

Une dynamique positive demande une coopération interinstitutionnelle comme préliminaire à une fusion. Ce moteur, incluant le savoir des usagers, permettrait de répartir les missions répertoriées entre tous les secteurs de prestations.

Une fondation peut permettre de reconfigurer la mission du résidentiel plus globale ou transversale. Une analyse des prestations manquantes pourrait ainsi être menée en meilleure collégialité.

Le potentiel d'une fondation permettrait de créer un modèle cohérent de prise en charge global autour des besoins des usagers qui puisse redistribuer de manière ordonnée les compétences de chacune des professions addictologiques.

Elle pourrait promouvoir une dynamique de coopération interinstitutionnelle curieuse des bonnes pratiques et aux savoirs connus au niveau intercantonal et international.

Ces opportunités permettraient alors une évolution de conceptualisation des prises en charge basée sur une dynamique d'apprentissage des connaissances et de pratiques fondées sur le fait scientifique ou reconnue au niveau psychosocial.

Synthèse des « Forces »	
Les Projets de développement d'alternatives au placement résidentiel apparaissent comme des forces de développement puissant pour une fondation centralisée dans sa mission.	
Regrouper les centres de traitement en addictologie apporterait de la visibilité pour les usagers. L'accueil de nouvelles prestations répondant aux besoins actuels montrerait un foisonnement de créativité et un potentiel d'accueils multi-axiaux.	
Un langage commun d'addictologie clinique, orienté sur des traitements multi-axiaux et transversaux, intégré à la mission de l'institution représenterait un liant potentialisateur des prestations psycho-sociales.	
Les mythes fondateurs peuvent être réadaptés à l'évolution sociétale. Une rupture peut permettre un renouveau basé sur des critères d'efficience ou de recherches scientifiques.	
Synthèse des « Faiblesses »	
Le rapport d'efficience devrait être un leitmotiv partagé. Malgré l'argument des politiques publiques, une fusion d'institutions ne permettrait pas de réaliser des économies d'exploitation. En outre, le financement des soins (par la LAMal) qui apporterait une équité financière, risque de provoquer une augmentation impopulaire des primes d'assurance maladie.	
La visibilité d'une grande institution risquerait de provoquer une diminution sensible de fonds privés traditionnels destinés aux institutions privées. En outre, la composition du conseil d'une fondation fusionnée devrait sécuriser son rôle et ses fonctions face aux multiples pressions externes et internes.	
Une fondation fusionnée serait moins apte à se restructurer en période de crise, au contraire des associations. L'instabilité particulière des institutions addictologiques en lien avec leur clientèle devrait être plus sécurisée par des systèmes de gouvernances réactifs à l'anticipation et la gestion des crises.	

<p>La promotion du savoir psychosocial ne disposerait pas actuellement d'une opportunité dans le développement de ses recherches scientifiques pour valider son efficacité sur le terrain de ses prestations. Ces savoirs validés, reconnus respectueux des droits des usagers devraient développer leur visibilité et leur reconnaissance.</p>
<p>Des rapprochements de prestations entre institutions compatibles, encadrés par un processus de management de projet par étapes, devraient être validés, préalable prudent à une fusion. Les scénarios de blocage devraient y être anticipés pour y être mieux dépassés.</p>
<p>Les pratiques de cohésion sociale et de maintien de l'ordre public tiendraient désormais d'une dynamique coopérative d'un « carré vertueux » dont les quatre angles de prestations seraient médicaux, psychosociaux, politiques en lien avec l'expertise des usagers, prompte à entretenir l'efficacité des prestations. Des stratégies de consultations permanentes et d'observation des mouvances des dépendances seraient obligatoires pour coévoluer vers une seule institution.</p>
<p>Les collaborateurs, les forces vives d'une institution, pourraient dans un rapport de menaces avec le projet, ralentir sa réalisation. Leurs peurs du changement, réelles ou interprétées, devraient faire l'objet d'un management participatif et bienveillant des ressources humaines où le manager/directeur reste au centre de toutes les attentes.</p>
<p>Un regroupement de culture institutionnelle amène à une perte d'identité que le monde médical ne pourrait pas remplacer. La validation de la force des usagers d'agir pour eux-mêmes afin d'améliorer leur qualité de vie renforce les valeurs psychosociales heuristiques et complémentaires aux directives scientifiques de gestions publiques actuelles.</p>

Annexe 6 : Regroupement des interventions par catégorie SWOT/MOFF

	Forces/opportunités	Menaces/Faiblesses
Prestations	<ul style="list-style-type: none"> • Un projet de « traitement intégré » des prestations transversales et verticales⁷¹ permettrait de réduire les drop-outs en générant ainsi un processus de développement continu (Vs1, N1, J1, R1). • Une coopération entre professionnels et association d'usagers de drogues encouragerait une meilleure anticipation des besoins des personnes dépendantes en congruence avec l'évolution sociétale (Vd1, R1, G1). • La validation de la force des usagers à agir pour améliorer leur qualité de vie renforce les valeurs psychosociales heuristiques et complémentaires aux directives scientifiques de gestions publiques actuelles (R1, G1, Vd1). • Une fondation Addiction cantonale peut mieux répondre aux besoins des usagers par un collègue d'experts professionnels des quatre piliers de prise en charge (N1, F1, Vs). • Un « carré vertueux » avec quatre angles de prestations médicaux, psychosociaux, politiques en lien avec l'expertise des usagers, dynamiserait l'efficience des prestations (Vs1, N1, R1, F2, Vd1). 	<ul style="list-style-type: none"> • La défense des compétences psychosociales semble être menacée dans ces processus de fusion avec des ressentis de perte d'identité professionnelle en symétrie avec le lobbying médical (R1, G1, N1).

⁷¹ De l'ambulatorio au résidentiel bas et haut seuil

<p>Ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une fondation cantonale favoriserait une dynamique d'apprentissage des connaissances et des bonnes pratiques basées sur le fait scientifique ou reconnue par le savoir psycho-social (Vs1, N1, R1, Vd1). • L'adaptation de la pénibilité de la profession pourrait permettre le développement d'une Convention Collective de Travail (CCT) spécifique, et protectrice et de l'équité des conditions de travail des collaborateurs de l'institution (J1, Vs1, N1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Un regroupement de culture institutionnelle amène à une perte d'identité que le monde médical ne devrait pas envahir (R1, J1, G1). • Les collaborateurs, pourraient dans un rapport symétrique avec le projet, ralentir sa réalisation. Leurs peurs du changement, réelles ou interprétées devraient faire l'objet d'un management participatif et bienveillant par les ressources humaines. (R1, J1, Vs1, N1). • L'expertise psycho-sociale dispose de peu de ressources dans ses recherches scientifiques pour valider son efficacité et la reconnaissance de son savoir-faire face aux lobbyings médicaux (R, Vs, N1, J1).
<p>Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les financements doivent être équitables entre groupes de prestations. Une tension financière entre équipes de prestation (ambulatoire et résidentiel par exemple), non réglée peut menacer le processus (J1, N1, Vs1). • Une fusion d'institutions permettrait de réaliser des économies d'exploitation par le financement des soins par la LAMal, ce qui apporterait une équité financière pérenne (N1, R1.). 	<ul style="list-style-type: none"> • La lamalisation ne représente pas une solution de refuge pour le financement des institutions fusionnées, elle n'est qu'un pendant de la marchandisation globale des prestations menaçant les professions psychosociales (R1, J1, Vs1, G1). • Les économies d'échelle sont de fausses informations générant des craintes justifiées (J1, N1, R1, G1, F1, F2, Vs1). • Les gains non réalisés ont alors tendance à décrédibiliser le projet assorti souvent d'hypertrophie de bureaucratisation (N1, R1, Vs1, J1, F2.). • La visibilité d'une grande institution risquerait de provoquer une diminution sensible de fonds privés traditionnels destinés aux institutions privées (F1, F2, J1, G1, Vs1).

		<ul style="list-style-type: none"> La lamalisation des soins risque de provoquer, à terme, une augmentation impopulaire des primes d'assurance maladie (N1, G1, F1).
Planification	<ul style="list-style-type: none"> Une fondation centralisée représente une force de développement plus puissante pour développer ces projets d'alternatives au placement résidentiel (Vs1, F1, N1 R1). Une dynamique positive demande une coopération interinstitutionnelle et sectorielle comme préliminaire à une fusion (R1, N1, J1, F1, F2). Répartir les missions répertoriées entre tous les secteurs de prestations afin de réduire les effets de concurrence est prioritaire (R1, G1, J1, N1). La capacité d'adaptation d'une fondation fusionnée serait moindre en période de restructuration au contraire des associations (R1, G1, Vs1). 	<ul style="list-style-type: none"> Les projets de fusion, sans identification réelle entre institutions risquent de souffrir d'incompatibilités énergétivore et chronophage (N1, F2, F1). Une fusion provoquerait un renoncement anxiogène de son identité institutionnelle, de la part de tous les acteurs (N1, F2, G1, J1, Vs1).
Management	<ul style="list-style-type: none"> Une analyse des prestations manquantes, globales ou transversales pourrait être menée en collégialité pour reconfigurer les missions du résidentiel (Vs1, N1, J1, Vd1). Un modèle cohérent de prise en charge global autour des besoins des usagers, redistribué aux compétences 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas sous-estimer les approches sociales fondatrices des personnes fondatrices qui sont le liant historique ou la rigidité délétaire des institutions (F1, F1, Vs1, N1, G1, R1).

	<p>des professions addictologiques serait nécessaire (N1, Vs1, F1).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une dynamique de coopération interinstitutionnelle au niveau intercantonal et international générerait du savoir (Vs1, R1, F2, N1). • Des stratégies de consultations permanentes et d'observation des mouvances des dépendances seraient obligatoires pour évoluer vers une seule institution (R1, F1, N1, Vs1). • Un langage commun d'addictologie clinique, orienté sur des traitements multi-axiaux et transversaux, représenterait un liant potentialisateur des prestations psychosociales (F1, F1, Vs1, J1, R1, Vs1). 	
Soumission/	<ul style="list-style-type: none"> • Une fondation Addiction cantonale apparaît comme une puissance négociatrice plus efficace face à l'Etat financeur. (J1, N1, F1, G1) • Préalable prudent à une fusion, l'encadrement du processus par un management par étapes, devrait être validé et piloté par l'Etat. Les scénarios de blocage pourraient être anticipés pour y être mieux dépassés (J1, N1, Vs1, G1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les plans stratégiques d'une institution cantonale pourraient être orientés en fonction de la sensibilité de l'électorat plutôt que selon les besoins réels des personnes dépendantes (J1, F1, F2, G1, Vs1, R1). • Au sein de nouveaux Conseils de fondation fusionnés, les jeux de pouvoir, entre service de l'Etat, politiques ou lobbyistes pourraient causer des effets négatifs dans la gestion de l'institution (J1, F1, F2, G1, Vs1, R1).
Statuts	<ul style="list-style-type: none"> • Le statut de fondation sécuriserait ses relations avec l'Etat dans la mesure où celui-ci a reconnu leur utilité publique par un mandat engageant les deux parties (J1, N1, F1, F2, Vs1, G1). 	<ul style="list-style-type: none"> • La perte des spécificités identitaires des institutions est justifiée par la crainte d'une standardisation de leurs prestations ordonnées par l'application des principes de gestion publique (R1, G1, F2, F1, N1). • La composition des conseils de fondation fusionnée devrait sécuriser son rôle et ses fonctions face aux

	<ul style="list-style-type: none"> • Les membres constituant le conseil profiteraient en efficience d'un collège de professions intégrales (R1, J1, Vs1). • L'instabilité particulière des institutions en lien avec sa clientèle devrait être plus sécurisée par des systèmes de gouvernances réactifs à l'anticipation et la gestion des crises (R1, G1, N1, J1). 	<p>multiples pressions externes comme internes (J1, N1, Vs1, G1).</p>
--	---	---

Annexe 7 : Engagements de l'auteur du mémoire

Je déclare par la présente, que j'ai réalisé ce travail de manière autonome et que je n'ai utilisé aucun autre moyen que ceux indiqués dans le texte.

Tous les passages inspirés ou cités d'autres auteur-e-s sont dûment mentionnés comme tels.

Je préciserais pour terminer, que ce travail reflète mes opinions et n'engage que moi-même.

Bonvillars, le 15 octobre 2017

Bruno Boudier