

**ANALYSE DE L'ACTIVITE
DU DISPOSITIF NATIONAL
DE SOINS AVEC HEBERGEMENT
POUR TOXICOMANES**

Rapport de synthèse

E305

E305

**DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE**

AOUT 1992

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
OBJECTIFS ET METHODOLOGIE.....	1
TERRAIN.....	2
I. DESCRIPTION GENERALE DU DISPOSITIF DE SOINS AVEC HEBERGEMENT SUBVENTIONNE PAR LA DDASS	4
II. L'ENTREE DANS LES CENTRES	6
2.1 En hébergement collectif	6
2.2 Dans les centres d'hébergement éclaté.....	8
2.3 La gestion du taux d'occupation	8
III. L'ORGANISATION ET LE DEROULEMENT DU SEJOUR	11
3.1 L'admission	11
3.2 Le séjour.....	12
IV. LES ACTIVITES DES CENTRES ET L'EVOLUTION DES OBJECTIFS	15
4.1 Les activités des centres	15
4.2 L'évolution des objectifs.....	16
4.3 L'auto-évaluation par les centres de l'efficacité de leur prise en charge	19

V. LES MOYENS DES CENTRES.....	20
5.1 Les moyens financiers.....	20
5.2 Les moyens humains	22
5.21 Le profil des équipes	23
5.22 La formation des intervenants	24
5.23 Le recrutement	25
5.24 L'organisation du travail des équipes	26
5.3 Les locaux	27
VI. LES RELATIONS DES CENTRES AVEC LES PARTENAIRES EXTERIEURS	28
6.1 Structures du dispositif spécialisé.....	28
6.2 Relations avec le système judiciaire et le réseau sanitaire et social	28
CONCLUSIONS	30

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

L'objectif de l'enquête, dans le cadre de l'opération d'évaluation du dispositif spécialisé de prise en charge sanitaire des toxicomanes* commencée par les centres d'accueil en 1990, concerne en 1991 les centres de soins pour toxicomanes avec hébergement, qu'il soit collectif ou éclaté. L'enquête a reposé sur deux phases de recherche qualitative et quantitative complémentaires :

- Les réponses par questionnaires ont fourni des renseignements chiffrés sur les points suivants : le financement des structures, la composition des équipes, les temps de séjour moyens, les taux d'occupation, et le cursus de toxicomanes "résidents" dans les centres au cours de l'année 1991.

- L'approche qualitative a permis d'approfondir la connaissance :
 - * des modalités d'admission dans les centres;
 - * des différentes activités des centres;
 - * des évolutions des projets;
 - * des relations entretenues avec le reste du réseau médico-social et les autres institutions du dispositif spécialisé.

* Etude limitée aux structures émergeant au budget de l'article 47.15

TERRAIN

■ Phase documentaire préparatoire

Analyse de quelques rapports annuels et documents transmis par la DGS.

- ### ■ Phase d'exploration sur 3 centres d'hébergement à Paris et en Province. Base : 8 à 10 entretiens pour chaque centre dont 4 à 6 au centre (Directeur, intervenants et résidents) et 3 à 4 auprès d'interlocuteurs extérieurs du centre, par interviews téléphoniques. Les entretiens dans les centres se sont déroulés en face à face durant une journée complète.

■ Mise au point des guides d'entretiens et des questionnaires de la phase quantitative

Validation de ces documents par le comité de pilotage, puis par les différents acteurs du dispositif lors de 4 réunions inter-régionales, chacune regroupant 20 à 25 participants.

- ### ■ Envoi postal des questionnaires auto-administrés à l'ensemble des centres d'hébergement pour toxicomanes émergeant au budget de la DGS (Base : 1 questionnaire Directeur et 4 questionnaires "Cas" tirés au sort dans la file active de l'année 1991).

- **Monographies de 12 centres** sélectionnés par la DGS et le comité de pilotage, réalisées selon les mêmes modalités que les 3 premiers centres visités lors de la phase exploratoire.

Parmi les 15 centres ainsi visités au total, l'échantillon se répartissait de la façon suivante :

- * 7 centres avec hébergement collectif seul, urbain et rural,
- * 3 centres avec hébergement éclaté uniquement,
- * 5 centres offrant les deux types d'hébergement.

- **Relance téléphonique** et suivi des retours des questionnaires auto-administrés.

57 centres ont retourné leurs questionnaires sur 60 centres identifiés. L'étude de cas a quant à elle porté sur 202 dossiers.

L'enquête s'est déroulée entre décembre 1991 et mai 1992.

**I. DESCRIPTION GENERALE DU DISPOSITIF DE SOINS AVEC
HEBERGEMENT SUBVENTIONNE PAR LA DDASS**

DESCRIPTIF DU DISPOSITIF

(Chiffres globaux et moyenne par centre)

	Total sur l'ensemble du dispositif (N = 57)	Hébergement collectif (N = 35)	Appartements thérapeutiques (N = 22)
<u>ELEMENTS BUDGETAIRES</u>			
Budget 1991 <i>(moyenne par centre)</i>	131 674 800 <i>(2 351 400)</i>	104 430 000 <i>(3 071 500)</i>	27 244 800 <i>(1 238 400)</i>
Montant du financement DDASS <i>(moyenne par centre)</i>	126 817 600 <i>(2 264 600)</i>	101 819 800 <i>(2 994 700)</i>	25 003 000 <i>(1 136 500)</i>
<u>CAPACITE</u>			
Lits agréés (1) <i>(moyenne par centre)</i>	559 <i>(9)</i>	406 <i>(12)</i>	153 <i>(6)</i>
Lits réels (1) <i>(moyenne par centre)</i>	610 <i>(10)</i>	429 <i>(12)</i>	181 <i>(7)</i>
<u>PERSONNEL</u>			
Nombre de salariés <i>(moyenne par centre)</i>	608 <i>(10,7)</i>	460 <i>(13,1)</i>	148 <i>(6,7)</i>
Nombre d'ETP	540 <i>(9,5)</i>	440 <i>(12,6)</i>	100 <i>(4)</i>
Nombre de bénévoles	18 <i>(0,3)</i>	9 <i>(0,2)</i>	9 <i>(0,3)</i>
Personnel mis à disposition	22 <i>(0,4)</i>	21 <i>(0,6)</i>	1 <i>(0)</i>

(1) Résultats donnés sur 60 centres (données intégrant les trois centres non répondants).

INDICATEURS CLASSIQUES D'ACTIVITES

	Total sur l'ensemble du dispositif (N = 57)	Hébergement collectif (N = 35)	Appartements thérapeutiques (N = 22)
Nombre de personnes reçues en 1991 <i>(moyenne par centre)</i>	2 510 <i>(44 pers.)</i>	1 701 <i>(49 pers.)</i>	809 <i>(37 pers.)</i>
Nombre de demandes reçues en 1991 (téléphoniques + écrites) <i>(moyenne calculée sur la base des centres ayant effectivement répondu aux 2 questions)</i>	21 152 <i>(445) *</i>	17 795 <i>(702) **</i>	3 357 <i>(174) ***</i>
dont :			
- demandes écrites	12 921	11 175	1 746
- demande par téléphone	8 231	6 620	1 611
Nombre de journées d'héber- gement réalisées en 1991 <i>(moyenne par centre)</i>	157 500 j <i>(3 029 j)</i>	109 300 j <i>(3 416 j)</i>	48 200 j <i>(2 410 j)</i>
Durée moyenne de séjour	111 j	96 j	133 j
Taux d'occupation 1991 (2)	77,5 %	74,7 %	82 %

* : moyenne pondérée

** : base = 20

*** : base = 19

(2) Estimation faite par les directeurs eux mêmes.

39 centres sont situés en milieu urbain (hébergement collectif : 18, hébergement éclaté : 21), 15 sont installés en milieu rural (collectif : 14, éclaté : 1) et 2 sont en milieu semi-urbain (hébergement collectif)

II. L'ENTREE DANS LES CENTRES

2.1 En hébergement collectif

La grande quantité de demandes reçues, pour les centres en hébergement collectif (18 000 en 1991), aboutit à un nombre restreint d'entrées effectives, par un mécanisme d'adaptation, de "sélection" des demandes aux offres (1 700 personnes hébergées en 1991 dans ces structures).

Il apparaît que la connaissance antérieure de l'envoyeur (ou du demandeur) joue un rôle majeur dans l'acceptation du dossier tandis que l'urgence n'est pas retenue en général.

Les demandes reçues -lettres ou appels téléphoniques en hébergement collectif (constituant respectivement 61 % et 39 % des demandes- font l'objet d'un premier tri, visant à réorienter les demandes perçues comme ne correspondant pas à l'offre du centre.

Les critères utilisés pour opérer ce premier tri peuvent être liés, à l'âge, à l'état de santé, à la situation familiale.

La plupart des structures d'hébergement refusent les couples constitués (60 %), les mères avec enfant (70 %) et les mineurs (absence d'agrément légal). Ils évitent les plus de 40 ans, les psychopathologies lourdes et les malades atteints de pathologies graves liées au VIH.

Les demandeurs qui n'ont pas été réorientés (envoi d'une liste de post-cures) doivent reprendre régulièrement contact avec le centre sollicité, par téléphone, dans l'attente qu'une place se libère. En moyenne, le délai d'attente dans ces structures est de 27 jours, il est jugé en augmentation par rapport aux années précédentes dans la moitié des centres.

Il semble que ne subsiste dans la liste d'attente des centres qu'un petit nombre de demandeurs, lorsque ceux-ci ont à trouver en urgence un résident disponible pour remplacer un départ inopiné.

Les résidents interrogés lors de l'enquête confirment avoir envoyé simultanément plusieurs demandes (entre 3 et 10 photocopies, parfois jusqu'à 20), dans l'espoir d'augmenter leur chance de trouver une place.

Ils sont allés dans le centre qui leur a donné une réponse positive (mais n'ont pas averti les autres centres où ils avaient envoyé un courrier qu'ils n'étaient plus demandeurs).

Compte tenu de ce phénomène, il est possible que peu de demandes restent insatisfaites dès lors que le demandeur n'est pas dans une des situations évoquées plus haut (en couple, avec 1 enfant, présentant des pathologies lourdes...) mais les rares centres qui les acceptent sont en général repérés par les centres d'accueil ayant ces profils à envoyer en post-cure.

Lorsqu'une place se libère (renvoi, départ inopiné...) le centre choisit parmi sa liste d'attente le profil qui lui paraît pouvoir le mieux s'intégrer au groupe de résidents du moment (quotas hommes/femmes; prison, etc...). C'est alors qu'il constate que bon nombre de demandeurs ont disparu. On notera que 90 % des centres déclarent apporter une certaine attention à l'équilibre du groupe. Pour 37 % cette préoccupation est systématiquement relevée.

Si une demande émane d'un centre d'accueil avec lequel le centre "travaille" régulièrement, elle peut passer en priorité, de même qu'une demande très récente mais qui paraît tout à fait adaptée à "l'offre" du centre.

2.2 L'entrée dans les centres d'hébergement éclaté

Les conditions d'acceptation sont différentes. Il s'agit en général de personnes déjà connues des centres, soit d'anciens résidents de la structure collective souhaitant rester suivis par l'équipe, soit des toxicomanes suivis au centre d'accueil ou à la prison, soit d'individus présentant les profils décrits plus haut et ne pouvant s'intégrer à l'hébergement collectif.

La condition d'entrée est une relative autonomie et la capacité à supporter la solitude -ainsi que la capacité à assurer une participation financière aux frais du logement. La participation, demandée dans 17 des 22 structures du dispositif est calculée au prorata des revenus du résident, avec un seuil minimum. Un contrat est passé entre le résident et le centre visant à réguler l'utilisation du logement, la fréquence des relations avec l'équipe et la durée du séjour. En général, un an maximum.

L'association est le plus souvent locataire en titre des appartements mais il peut exister ces formules de baux glissants, la location passant au nom du résident si celui-ci peut justifier d'un emploi et d'une autonomie financière.

2.3 La gestion du taux d'occupation

Le taux d'occupation calculé en 1991 sur l'ensemble des structures du dispositif est de 77 %. Il est plus élevé dans les centres avec appartements thérapeutiques (82 %) que dans les centres en hébergement collectif (75 %).

Une forte augmentation de ce taux (+ 10 points) a été relevée par rapport à 1990 dans les centres avec appartements thérapeutiques.

Le souci des centres d'assurer un taux d'occupation maximum compte tenu de son importance pour l'évaluation de leur travail par la tutelle est pour diverses raisons difficile à assurer.

- Un départ inopiné peut nécessiter pour l'équilibre du groupe restant, une certaine vacance avant l'arrivée d'un nouveau résident.
- L'attente d'un résident annoncé, dont l'arrivée a pu être retardée de quelques jours va impliquer une place vide qui jouera sur le taux d'occupation annuel du centre.
- La taille des locaux et de l'équipe peut conduire à rester en deçà du nombre de lits agréés s'il s'est avéré que le centre fonctionne mieux lorsque le groupe est moins important.
- La prise en charge d'un résident atteint d'une pathologie lourde demandant plus de temps à l'équipe (ex : conduites à l'hôpital...) peut également conduire à rester en deçà du nombre prévu.

L'acceptation d'une certaine souplesse dans le taux de remplissage, si elle était officialisée par la tutelle permettrait aux centres de mieux adapter leur réponse aux besoins rencontrés dans leur pratique quotidienne.

En résumé, le système actuel de remplissage des centres conduit à deux remarques, à partir des constats suivants :

- Les centres opèrent des tris parmi les demandes.
- Les toxicomanes envoient de nombreuses demandes sans pour autant choisir réellement le centre où ils entrent finalement.
- Quel est le nombre réel de demandeurs derrière ce flot de lettres ?
- Leur orientation se fait-elle davantage par éliminations successives que par une prescription prenant en compte leur profil psychologique, leurs besoins, leur stade de maturation ?
(Cet écueil est évité par certains centres d'accueil et d'hébergement qui travaillent régulièrement ensemble).

Enfin, les critères retenus actuellement permettent-ils d'accueillir des demandeurs autres que le "toxicomane-standard" c'est-à-dire célibataire, sans pathologie lourde liée ou non au VIH, d'âge moyen (autour de 30 ans) sans enfant ni conjoint, et recommandé par Marmottan).

Rappelons cependant que d'autres profils posent des problèmes particuliers et singulièrement : les malades atteints de pathologies liées au VIH et qui nécessitent une prise en charge très lourde pour les équipes et les budgets (en 1991, 34 % des résidents hébergés étaient porteurs du VIH) et, par exemple les mères avec enfants (sachant que 21 % des résidents sont des parents mais que 2 % seulement sont hébergés avec leurs enfants). Des modalités de prise en charge de ces populations spécifiques sont à l'étude malgré des difficultés de prime abord insolubles.

III. L'ORGANISATION ET LE DEROULEMENT DU SEJOUR

3.1 L'admission

En hébergement collectif rural le futur résident doit arriver sevré et ne pas avoir de médicaments dans ses affaires (sauf affection par VIH). Certains centres lui demandent d'avoir sur lui son billet de retour. Diverses pratiques peuvent être rencontrées au moment de l'entrée : visite médicale (systématique dans 40 % de ces structures), entretiens, parfois fouille. Une période d'essai est également parfois jugée nécessaire (15 % des centres). Le résident se voit ensuite proposer un contrat indiquant les règles du séjour. Ce contrat peut être écrit et signé (cette pratique est quasi-systématique, plus d'une fois sur trois il s'agit d'un contrat signé).

Dans la plupart des centres ruraux visités, un deuxième séjour n'est pas possible (ne sont pas comptés comme deuxième séjour les retours faisant suite à une exclusion peu de temps avant).

La durée des séjours en hébergement collectif rural varie entre 3 et 9 mois, par prolongation d'une durée initiale fixée à 3,4 ou 6 mois.

Les centres constatent qu'il y a beaucoup d'échecs (départs ou exclusions) dans les premiers jours.

En hébergement collectif urbain, l'admission apparaît plus souple et l'exigence est moins forte d'un sevrage préalable.

La qualité de la motivation à entamer un travail sur soi semble être le critère principal pris en compte.

La coupure initiale avec l'extérieur au début du séjour n'est pas systématique -et d'éventuelles rechutes en cours de séjour ne sont pas un motif, sans appel, d'exclusion. La durée des séjours s'échelonne entre 3 semaines et 1 an, ou plus...

Dans l'ensemble des structures en hébergement collectif la durée moyenne de séjour est de 96 jours (environ 3 mois). Elle est supérieure en appartements thérapeutiques (133 j).

3.2 Le séjour

■ La gestion du temps

Dans quelques centres d'hébergement collectif, l'emploi du temps très structuré et détaillé autour d'activités précises - psychologiques, éducatives, sportives, etc- constitue en lui-même un mode de soin pour "casser" les habitudes de la vie antérieure; dans d'autres, la structure contenante apporte aux résidents la possibilité d'un travail psychothérapeutique soutenu, sans coupure stricte avec la vie quotidienne et, éventuellement, avec le milieu toxicomane.

Dans les appartements thérapeutiques, l'encadrement est moins présent et moins strict, le suivi porte sur les démarches de réinsertion, l'apprentissage de la gestion d'un budget et, selon les centres, sur la continuation d'un travail psychothérapeutique.

Tous les centres veillent à ce que les résidents régularisent leur situation par rapport aux diverses aides sociales qui leur sont accessibles (sécurité sociale, RMI, AAH, etc...).

■ La problématique santé

Elle est perçue comme plus préoccupante que dans le passé (opinion partagée par 86 % des centres). La moitié des directeurs interrogés relie ce fait à un plus grand nombre de porteurs du VIH. Un test de dépistage du VIH est d'ailleurs systématiquement proposé par la moitié des centres.

- **La séropositivité** ne constitue pas actuellement un frein à l'entrée dans les centres : les équipes ont dépassé leurs craintes initiales, veillent à l'hygiène sans dramatisation, mais sont attentives pour certaines aux moindres problèmes de santé. Les séropositifs asymptomatiques représentaient en 1991, d'après l'étude de cas réalisée 22 % des résidents).

Peu de centres acceptent les sidéens -et toujours en nombre limité (ils constituent néanmoins 12 % des résidents)-, et l'un des centres visités les accompagne jusqu'à la fin lorsque n'a pu être mis en place le retour vers la famille.

Dans tous les cas, il s'agit d'une prise en charge plus lourde qui impose des équipes renforcées et des financements correspondants.

Le financement des dépenses de santé est très fréquemment assuré par des avances faites par les centres. Ce financement pose souvent un problème aux centres, d'autant que 19 % des résidents n'ont aucune couverture sociale à l'arrivée dans le centre (une proportion identique bénéficie de l'A.M.G.).

Un résident sur cinq a dû être hospitalisé durant son séjour (pour 11 % il s'agissait de problèmes somatiques). Enfin, il convient également d'insister sur la très grande fréquence des problèmes dentaires dans cette population (36 %).

Un certain nombre de questions demeurent posées :

- Compte-tenu du nombre de séropositifs actuels, que deviendront et où iront tous ceux qui vont déclarer la maladie ?
- Les psychopathologies lourdes qui peuvent se déclarer en cours de séjour peuvent-elles être prises en charge étant donnée l'organisation actuelle des centres ?
- La plupart des structures ne peuvent actuellement accepter de résidents avec leur enfant... où les mères toxicomanes qui ne veulent pas se séparer de leur enfant (on refuse un placement DDASS très difficile à arrêter) vont-elles trouver les soins apportés en post-cure ?

IV. LES ACTIVITES DES CENTRES ET L'EVOLUTION DES OBJECTIFS

4.1 Les activités des centres

Sans prétendre décrire dans ce document de synthèse l'activité des centres de soins avec hébergement, par ailleurs détaillée dans le rapport relatif à l'analyse des entretiens conduits dans 15 centres, la présentation de quelques éléments chiffrés peut néanmoins permettre un intéressant cadrage.

Le nombre total de résidents hébergés dans les 57 structures du réseau spécialisé s'est élevé en 1991 à 2 510 (auxquels il convient de rajouter l'effectif des résidents des 3 structures qui n'ont pas participé à l'enquête).

Le nombre moyen de résidents par centre et par an est de 44 (49 en collectif, 37 en éclaté). En fait, compte tenu de la présence de quelques gros centres "tirant vers le haut" cette moyenne, la valeur médiane de 34 est probablement plus proche de la réalité.

Au total, 157 500 journées d'hébergement ont été réalisées en 1991, dont 69 % en hébergement collectif.

On a compté une moyenne de 3 120 journées par centre d'hébergement collectif et 2 190 journées par centre d'hébergement éclaté.

Durant le séjour, prise en charge psychothérapeutique, prise en charge sociale ou éducative et suivi de démarches administratives et sociales sont offertes par la quasi-totalité des centres (85 % à 95 %), par ailleurs un travail avec la famille et l'entourage est courant dans la moitié des centres.

Les deux-tiers des structures proposent des activités occupationnelles (80 % des structures d'hébergement collectif et 40 % de celles d'hébergement éclaté) : ateliers d'activité manuelle, salle de gymnastique, piscine, etc...

Par ailleurs 14 centres disposent d'un atelier de production proposant des activités qualifiées de "ré-entraînement au travail" (11 centres) ou d'insertion par l'économique (3 centres).

Quant à l'activité quotidienne des équipes, elle apparaît extrêmement éclatée. Deux points émergent cependant : la "gestion du quotidien" et les entretiens collectifs ou individuels, représentant chacun 20 % de l'activité globale quotidienne du personnel.

4.2 L'évolution des objectifs

Les projets initiaux des centres ont évolué depuis leur création, 80 % des directeurs en conviennent. Cette évolution s'est opérée selon des schémas différents. Pour certains elle s'est faite par ajouts successifs de structures complémentaires en fonction de l'évolution des besoins perçus (par exemple : ouverture d'un centre d'accueil en ville et d'appartements pour un centre rural, puis création d'un atelier entreprise).

Pour d'autres, l'évolution s'est faite par crises successives, ces conflits internes conduisant à des changements d'orientation thérapeutique ou vice versa.

D'autres centres enfin sont restés fidèles à leur orientation initiale.

Les "ateliers-entreprises", lorsqu'ils existent, semblent apporter une réponse intéressante pour certains résidents, en leur offrant la possibilité d'un travail avec exigence de production commerciale et salaire tout en offrant un encadrement capable de les soutenir en cas de besoin.

Ils peuvent se révéler particulièrement utiles pour les individus atteints de pathologies VIH en leur assurant des activités à temps partiel, assises, même peu productives, qui évitent de les couper d'une vie sociale normale.

Parmi les évolutions constatées ont été notées :

- La tendance à développer les appartements thérapeutiques, soit à la demande des DDASS, soit en complément de l'existant.
- La tendance à assurer un suivi plus long.
- Quelques changements d'orientation :
 - * plus grande place accordée soit à la réinsertion, soit au travail psychothérapeutique, par rapport aux projets initiaux.
 - * une moindre polyvalence dans certaines équipes et une organisation du travail par répartition des tâches.
- Des projets visant :
 - * un travail auprès des familles,
 - * la prise en compte de la situation des parents avec enfants,
 - * l'accueil et le suivi des sidéens,
 - * l'évaluation du devenir des résidents 5 ans environ après leur passage au centre (2 centres).

Un constat :

On peut observer une grande diversité entre les centres -à la fois matérielle et "philosophique"- pourrait-on dire, et on a noté un discours unanime sur l'intérêt social et/ou thérapeutique de cette diversité.

Derrière ce discours nous avons entendu aussi des remises en cause de l'un ou l'autre des axes majeurs du travail :

- * pour les uns le travail sur la réinsertion socio-économique est la finalité des centres;
- * pour les autres le travail sur le psychisme de l'individu est l'indispensable préalable à une éventuelle réinsertion; réinsertion qui sera l'aboutissement du processus de travail psychothérapeutique et peut à la limite se faire hors de l'intervention des centres.

Cette tendance à sous-estimer l'efficacité du travail de l'autre est-elle une conséquence de l'absence de moyens de quantifier les résultats ?

On constate que peu de centres proposent une approche sur ces 2 axes avec des équipes de professionnels spécialisés dans l'une et l'autre approche.

4.3 L'auto-évaluation pour les centres de l'efficacité de leur prise en charge

Certains centres assument un suivi "post-post-cure" de leurs anciens résidents. Il y a d'ailleurs à ce niveau divergence entre les résultats de l'enquête par questionnaire où les 3/4 des centres déclarent assurer couramment ce suivi et le contenu des entretiens d'où il semble ressortir que peu de centres vont en fait jusqu'à cette phase, estimant que le passage dans leurs locaux est une étape qu'ils s'efforcent de rendre la plus efficace possible, et que leur intervention s'arrête au départ du résident -qui souvent d'ailleurs ne donne plus signe de vie-. De fait, l'étude de cas fait apparaître que 27 % des résidents sont perdus de vue quelques mois après leur sortie.

Pendant le séjour, les moyens d'évaluer le travail réalisé qui ont été cités sont souvent les signes simples d'une normalité banale = appétit retrouvé, sommeil, rire, attention aux autres, intérêt pour les activités proposées.

Ces signes sont loin des grilles d'évaluation habituelles. Ne pourrait-on les y intégrer ?

V. LES MOYENS DES CENTRES

5.1 Les moyens financiers

Le budget moyen des centres est de 2.350.000 F. Il est 2,5 fois plus élevé en moyenne dans les centres en hébergement collectif (3.070.000 F) que dans les centres en hébergement éclaté (1.240.000 F). Au total, 14 centres disposent d'un budget inférieur à 1 million de francs (1 centre de la 1ère catégorie et 13 centres de la seconde). Les centres de création assez récente disposent souvent de budgets plus modestes (mais il s'agit majoritairement d'appartements thérapeutiques).

Un certain nombre d'indicateurs de gestion peuvent être proposés. Intéressants par la synthèse d'information qu'ils représentent, ils peuvent cependant conduire à une vision réductrice reflétant mal la diversité des prises en charge proposées par chaque structure.

INDICATEURS DE GESTION

	Total sur l'ensemble du dispositif (N = 57)	Hébergement collectif (N = 35)	Appartements thérapeutiques (N = 22)
Coût moyen par personne hébergée	52 460 F	61 393 F	33 677 F
Prix moyen d'une journée d'hébergement	836 F	955 F	565 F
Budget moyen par poste salarié	216 612 F	227 022 F	184 086 F
Budget moyen pour un ETP	243 889 F	237 341 F	272 448 F
Coût d'un lit réel	229 625 F	243 426 F	166 127 F

Le calcul des ratios présentés ci-dessus s'est fait sur la base des centres ayant correctement documenté les deux informations.

L'essentiel du financement des centres est assuré par la DGS (96 % au total, 97 % en collectif et 92 % en éclaté). Rappelons que pour les centres d'accueil cette part s'élevait à 88 %. La participation de la DGS n'est inférieure à 90 % que dans 6 centres (dont 5 en appartements thérapeutiques créés après 1985). L'apport minimum relevé en hébergement éclaté est de 62 %; il est de 78 % en hébergement collectif).

Nota : La part occupée par la subvention DGS dans le budget des centres *calculée* d'après les chiffres fournis par les centres (96 %) doit être mise en regard de la part *estimée* par les directeurs eux-mêmes parmi le budget de fonctionnement (85 %).

Au côté de la DGS, la seule participation notable relevée dans le budget de fonctionnement des centres est celle de la Direction de l'Action Sociale (estimée par les directeurs à 11 % en moyenne). En fait, seuls 8 centres bénéficient d'une subvention de la D.A.S., mais dans ce cas elle constitue une part très importante du budget de fonctionnement (77 % en moyenne).

Les frais de personnel représentent en moyenne 1 654 000 F (69 % du budget global des centres). Ils semblent cependant peser moins lourd dans le budget des centres de création très récente (postérieurs à 1985).

La situation financière des centres en terme d'équilibre budgétaire semble saine dans l'ensemble : seuls 6 des 48 centres pour lesquels ce calcul a été possible ont connu en 1991 un déficit supérieur à 5 % (supérieur à 15 % dans 1 centre).

Toutefois, l'équilibre budgétaire ne saurait qualifier à lui seul la situation financière des centres. Ainsi des difficultés de trésorerie sont fréquentes, dues en grande partie à un échéancier de versement des subventions DGS particulièrement pénalisant pour les 45 centres non mensualisés. En effet, parmi ces derniers, 38 % ont perçu le solde de la subvention 1991 après la fin de l'exercice budgétaire. De fait, la majorité des centres reconnaît avoir dû payer des agios du fait du retard de ces versements. Par ailleurs 75 % déplorent le fait de ne disposer d'aucune réserve de trésorerie leur permettant d'assurer le fonctionnement correct de la structure.

Enfin, il semble que dans de nombreux cas des besoins urgents n'aient pu être couverts par les moyens dont disposait le centre. Il s'agit essentiellement de besoins en personnel (60 % des établissements se disent dans ce cas) et plus du tiers des directeurs déclarent ne pas avoir pourvu certains postes, pourtant budgétisés en 1991, du fait de problèmes financiers.

5.2 Les moyens humains

5.21 Le profil des équipes

Le nombre de salariés varie selon le centre de 1 à 35. En moyenne il est égal à 11 (13 en hébergement collectif, 7 en hébergement éclaté).

Ces postes correspondent à une moyenne de 8.3 équivalents temps plein (10.6 en collectif, 4.6 en appartements thérapeutiques).

19 % des centres comptent moins de 6 salariés (tous en hébergement éclaté); à l'opposé 14 % en comptent plus de 15 (tous en collectif).

Les catégories professionnelles les mieux représentées sont les éducateurs (présents dans 88 % des centres et correspondant dans ces seules structures à une moyenne de 5.1 postes et 4.7 ETP), les psychologues (présents dans 30 centres, pour une moyenne de 1.4 postes et 0.9 ETP), les médecins (présents dans 22 centres, pour une moyenne de 1.8 postes et 0.4 ETP), ainsi que le personnel administratif.

On constate une faible présence de personnel spécialisé dans l'approche psychothérapeutique (sur l'ensemble du dispositif on compte en moyenne 0.1 ETP de psychiatres et 0.5 ETP de psychologues) alors que 84 % des directeurs font figurer cette approche parmi les modalités de prise en charge privilégiée par leur centre.

Peut-on expliquer cette faible représentation par le coût de ces professionnels dans le budget, par l'absence de candidats ou par les réticences des équipes à intégrer des salariés possédant des diplômes en décalage avec ceux des autres intervenants ?

On constate également la rare présence d'assistantes sociales (relevée seulement dans 8 centres à raison de 0.5 ETP, soit sur l'ensemble du dispositif une moyenne extrêmement faible inférieure à 0.1 ETP), de stagiaires et de personnel bénévole (7 centres).

La moitié environ des salariés est âgée de 30 à 39 ans, un tiers a entre 40 et 49 ans. Les plus de 40 ans apparaissent plus nombreux dans les centres les plus anciens, témoignant d'un "vieillissement" avec la structure; on les retrouve donc plus nombreux dans les centres en hébergement collectif installés en milieu rural où ils constituent pas loin de 50 % des équipes.

5.22 La formation des intervenants

Dans une grande proportion les professionnels composant les équipes des centres ont une formation commune d'éducateurs spécialisés.

L'approche qualitative a mis en évidence que beaucoup de centres éprouvent des difficultés à recruter du personnel qualifié - surtout en zone rurale, que ce soit lié aux contraintes de la vie en internat ou au niveau de salaire proposé.

Cette situation conduit à former sur place du personnel non spécialisé au départ, en donnant la préférence à une présence à plein temps, plutôt qu'à un temps très partiel pour un même budget de professionnels spécialisés : psychiatres ou psychologues.

Un autre élément a été observé : le décalage entre le statut de certains intervenants et leur niveau de formation lorsqu'ils ont continué à se former tout en travaillant pour l'association. De fait, les deux tiers des directeurs déclarent employer des salariés dans des postes sans rapport avec leur formation initiale. Cette situation correspond en moyenne à 1.7 salarié par centre. Elle semble plus fréquente dans les centres en hébergement collectif (où 2.1 salariés sont concernés en moyenne).

5.23 Le recrutement

Le recrutement du personnel pose deux sortes de problèmes :

- En rural, il est difficile de trouver des personnes formées acceptant ces conditions de travail.
- En ville, les salaires offerts sont insuffisants. Quelques DDASS demandent aux centres de médicaliser et de professionnaliser les équipes, mais cette demande ne s'assortit pas toujours des budgets correspondants.

5.24 L'organisation du travail des équipes

Pour les centres de soins à hébergement collectif l'emploi du temps des équipes est généralement fixé de façon à permettre aux intervenants de grouper leur temps de présence sur 2 jours consécutifs complets et d'une nuit, suivis de 2 à 4 jours de repos.

Pendant les week-ends et les nuits, une personne assure la permanence.

La période des vacances apparaît difficile à gérer. Quelques centres ferment et placent leurs résidents soit dans des stages, soit dans des familles d'accueil ou les renvoient dans leur famille, si possible. La plupart restent partiellement ouverts et utilisent alors des étudiants pour assurer les permanences de nuit.

En fait, cette fermeture saisonnière ne concerne que 10 centres (1 sur 6). Elle est dans ce cas en moyenne de 1 mois (minimum : 8 jours; maximum : 3 mois).

Des questions se posent pour les quelques centres qui ferment pour une ou deux périodes par an :

- Quelles sont les conséquences du "gel" des admissions dans les centres avant les fermetures ?

- * à partir de quand opère-t-on ce "gel" ?

- * fixe-t-on la durée moyenne des séjours en fonction de ces fermetures plutôt qu'en fonction des besoins ?

- Quelle est l'influence de ces fermetures sur l'évolution des toxicomanes ? Et en particulier de ceux atteints de pathologies lourdes s'il y en a ?

Plus généralement quel est le poids du souci de commodité sur le processus de soins ? (gestion des vacances et roulement des équipes simplifié !)

A cela certains centres répondent que ces coupures, lorsqu'elles sont bien gérées, s'avèrent très positives -pour les résidents.

5.3 Les locaux

La superficie moyenne des locaux est proche de 500 m en hébergement collectif (dont près de la moitié consacrée à l'hébergement proprement dit); elle est de 220 m en hébergement éclaté.

Le nombre moyen de lits réels est de 12 en collectif, 7 en appartements thérapeutiques. Le nombre de lits réels est en moyenne de 10 % supérieur au nombre de lits agréés bien que certains centres comptent moins de lits réels que de lits agréés. En fait, l'hétérogénéité entre les 2 chiffres concerne essentiellement l'hébergement éclaté.

Les locaux visités étaient en général bien entretenus parfois rénovés, avec en majorité des chambres individuelles, sauf dans quelques centres urbains aux loyers élevés; pour ceux-là l'exiguïté du local conduit souvent à réduire le nombre de résidents effectifs par rapport à l'agrément.

VI. LES RELATIONS DES CENTRES AVEC LES PARTENAIRES EXTERIEURS

6.1 Structures du dispositif spécialisé

Les centres de soins avec hébergement ont principalement des relations avec les centres d'accueil; ils entretiennent des relations privilégiées avec une partie d'entre eux et n'ont -semble-t-il- que fort peu de rapports avec les autres centres de soins avec hébergement.

Combien de centres d'accueil connaissent-ils exactement le travail réalisé dans chacune des post-cures, compte tenu, en outre, de leur diversité ?

Combien de centres de post-cure sont-ils capables d'évaluer la situation d'un toxicomane envoyé par un centre "inhabituel" ?

6.2 Relations avec le système judiciaire et le réseau sanitaire et social

Les liens avec le système judiciaire et carcéral se sont établis le plus souvent sur des contacts personnels noués à diverses occasions (colloques, etc...).

Les centres qui organisent sur leur région une réinsertion professionnelle sont en contact avec les organismes sociaux (OPHLM...), les associations locales, les entreprises offrant des embauches, etc. Et ils sont les mieux à même de connaître l'évolution de leurs anciens résidents.

Il semble que la plupart des centres visités seraient moins familiers aux DDASS que ne l'étaient les centres d'accueil : en particulier, on constate qu'ils déposent beaucoup moins de projets que ces derniers; du côté DDASS, on relève le même sentiment de manque d'informations : dossiers médicaux incomplets, comptabilité parfois embrouillée, manque d'éléments de comparaison...

Cependant on peut dire que dans l'ensemble, l'image des centres est perçue comme positive.

EN CONCLUSION

L'entrée dans les centres se fait le plus souvent en fonction du projet thérapeutique de chaque centre, ce qui conduit à accepter les demandeurs correspondant à certains critères considérés comme des garanties d'efficacité du séjour : provenance d'un centre d'accueil connu, âge moyen, absence de pathologies lourdes pour les équipes- (à part quelques centres faisant exception).

Ceci conduit à s'interroger sur la prise en charge par les centres de soins avec hébergement des personnes dont la réinsertion sociale est la plus difficile compte tenu de leur état.

Il est évident par exemple que la prise en charge de résidents atteints de pathologies VIH par des structures situées en zone rurale implique des temps de trajet pour les conduire à l'hôpital se faire soigner souvent ingérables pour l'équipe du centre et nécessite plus de personnel d'encadrement.

Le nombre de demandes enregistrées apparaît artificiellement gonflé du fait d'une pratique de la part des toxicomanes d'envoyer simultanément de nombreuses demandes (entre 5 et 20).

Ceux-ci sont conduits à multiplier leurs demandes dans la mesure où ils savent qu'il y a peu de places disponibles et que plus ils envoient de demandes, plus leurs chances seront grandes de trouver un centre les acceptant.

On peut penser que la situation pourrait être assainie si le nombre de places proposées était plus élevé. Les toxicomanes pourraient alors réellement adresser leur demande au centre qui correspond le mieux à leur situation et non pas, comme c'est le cas actuellement, le plus souvent au hasard. On éviterait ainsi les départs précipités, si souvent mentionnés par les centres, quelques jours à quelques semaines après l'arrivée, sanctionnant un dysfonctionnement dans les processus de choix d'un centre par le demandeur et une méconnaissance par le centre de l'attente de ce demandeur : contacts insuffisants avec le centre d'accueil ou la structure (antenne toxicomanie en prison par exemple) s'étant occupée auparavant du demandeur; ou orientation inadaptée par méconnaissance du mode d'intervention du centre d'hébergement.

Certains échecs (départs précipités dans les premiers jours) pourraient peut-être être évités si l'orientation vers telle ou telle post-cure précise pouvait être organisée par les centres d'accueil et les centres d'hébergement avec une meilleure connaissance du travail réalisé par chacun.

On a constaté que rares sont les centres d'hébergement qui connaissent bien, pour y être allés et avoir rencontré les équipes, plus de 4 ou 5 centres d'accueil (et vice versa). Au mieux cette connaissance s'appuie sur des contacts téléphoniques au moment d'une demande (nous ne parlons pas ici des collaborations constantes, de longue date, entre certains centres d'accueil et centres d'hébergement qui offrent sans doute une assurance plus grande contre l'erreur d'orientation mais qui bloquent le processus de choix).

Ce travail d'information et de connaissance des différentes structures du dispositif demande du temps dont les équipes ne disposent pas nécessairement, mais les rencontres entre directeurs de centres à l'occasion de colloques ne peuvent pas apporter cette connaissance concrète, qui permettrait de prévoir le déroulement des premières journées du séjour, d'y préparer le résident et surtout de l'adresser à un centre adapté.

Quelles places supplémentaires créer ?

La diversité des réponses proposées par le dispositif actuel -hébergement collectif en zone rurale, avec coupure stricte de l'environnement social extérieur, hébergement plus ouvert sur l'extérieur, en ville, avec suivi psychothérapeutique approfondi, ou appartements- est sans doute adaptée à des moments psychologiques et à des situations sociales, qui correspondent à des étapes du cursus du toxicomane.

L'évolution du dispositif semble cependant aller vers une urbanisation des centres d'hébergement et une augmentation du nombre d'appartements thérapeutiques.

Cela peut s'expliquer par une évolution du profil des demandeurs et/ou par une volonté de continuer à suivre un résident après son passage en hébergement collectif lorsqu'il commence à gérer sa solitude et démarre un stage ou un emploi.

Ne pourrait-on pas envisager, à partir des équipes existantes et des centres déjà créés -qui chacun ont leur richesse, leur expérience du terrain, spécifique- d'élargir leur palette de soins et les hébergements correspondants, non pas en créant "ex nihilo" de nouveaux centres mais en complétant l'existant par :

- . le renforcement de la formation des intervenants en place allant dans le sens d'une plus grande spécialisation;
- . le renforcement parallèlement, de certains profils d'intervenants : médecins, psychologues, infirmiers, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, pour répondre aux besoins de certaines catégories de demandeurs qui ne trouvent pas actuellement dans les structures où ils arrivent ce type d'intervenants et qui vont en partir rapidement (demandes de suivi psychothérapeutique ou de soins pour les individus atteints de pathologies lourdes).

- . Le développement de structures associées -(appartements + centres d'accueil, familles d'accueil, ateliers)- pour les résidents qui ont déjà eu l'expérience de l'hébergement collectif et sont mûrs pour un autre mode de prise en charge.

Ceci aurait pour avantage de vider plus rapidement les centres d'hébergement collectif pour laisser la place aux profils qui en ont absolument besoin, tout en continuant à soutenir le cheminement des partants.

Il apparaît donc comme une nécessité de disposer de structures complémentaires d'hébergement pouvant accueillir les demandeurs ne justifiant pas nécessairement un encadrement constant 24 h sur 24 mais nécessitant cependant un suivi spécialisé.

Un point particulier est à souligner : le nombre de séropositifs parmi la population toxicomane hébergée aujourd'hui incite à mettre l'accent sur la prise en charge dans l'avenir de ceux qui vont déclarer la maladie.

Il semble qu'à l'heure actuelle peu de centres soient organisés pour répondre de façon massive à ces situations (12 % des résidents hébergés en 1991).

Les budgets alloués, dont les centres admettent l'amélioration en 1992, continuent d'être difficiles à gérer, compte tenu en particulier (hormis dans les centres mensualisés) d'un échéancier de versement des subventions ministérielles très pénalisant.

Les budgets ne permettent pas de recruter le personnel professionnel spécialisé dont les centres ont besoin pour prendre en charge les cas lourds de ce type.

Combien de places créer ?

Si l'on s'en tient aux chiffres recueillis auprès des directeurs des centres, 8 569 "indications" n'ont pu être satisfaites en 1991 faute de place.

On estime par ailleurs que chaque demandeur envoie entre 5 et 20 demandes.

Une évaluation grossière semble indiquer que le dispositif actuel présente un déficit d'environ 800 admissions si on compte que chaque toxicomane envoie à peu près 10 demandes.

Si on respectait la distribution actuelle (3/4 des lits en hébergement collectif et 1/4 en hébergement éclaté), cela représenterait, compte tenu de la durée moyenne de séjour actuelle (3 mois environ), un déficit de 200 lits au total.

Si l'orientation allait vers le développement des appartements thérapeutiques, le nombre de lits à créer devrait être légèrement supérieur compte tenu d'une durée moyenne d'occupation plus longue.

Cette augmentation du nombre de lits implique bien évidemment une augmentation des équipes les prenant en charge et des budgets correspondants.

La capacité d'accueil des centres d'hébergement existants ne peut être augmentée, comme en témoignent des taux d'occupation relativement satisfaisants, sans une augmentation des locaux et des équipes.

Plutôt que la création "ex nihilo" de nouveaux centres, il nous paraît plus judicieux d'élargir la palette de soins et les possibilités d'hébergement à partir d'un centre, noyau initial, gérant et orientant les demandes sur différentes structures satellites.

Cette modalité permettrait aux centres non plus d'admettre les demandeurs en fonction des projets thérapeutiques du centre mais d'accueillir les demandeurs selon leurs besoins.

L'avantage d'une structure par satellite serait d'élargir les possibilités de soins offertes aux résidents sans les enfermer dans une filière mais, au contraire, en leur garantissant un service modulable au sein d'une structure qui les connaît.

Pour les intervenants cette organisation présenterait plusieurs bénéfices :

- . la possibilité de se spécialiser dans une approche sans pour autant être coupé des autres formes d'intervention,
- . la capacité d'échanges professionnels plus larges,
- . un élargissement des moyens mis à leur disposition du fait d'une structure plus importante,
- . une possibilité de large autonomie.

Cette organisation "par satellite" permettrait enfin de concentrer les tâches administratives de l'ensemble de la structure entre les mains d'un gestionnaire, libérant ainsi les responsables et les intervenants de chaque satellite d'une partie de ces contraintes.

A terme, cet enrichissement de la palette de soins de chaque centre d'hébergement devrait faciliter pour les centres d'accueil l'orientation de leurs patients, par l'assurance de trouver -là ou ailleurs- un éventail large de réponses sans pour autant gommer les particularismes actuels.