



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Route de Villars 101, 1751 Villars-sur-Glâne

T +41 026 305 79 80, F +41 026 305 79 81
www.fr.ch/smc

Fribourg, le 27 avril 2017

—

Le réseau des institutions fribourgeoises pour les personnes souffrant d'addiction – RIFA

Planification des prestations résidentielles, semi-résidentielles et ateliers 2016-2020

Rapport

Le Conseil d'Etat a pris acte de ce rapport en date du 15 mai 2017

—

Direction de la santé et des affaires sociales **DSAS**
Direktion für Gesundheit und Soziales **GSD**

Table des matières

1. Résumé.....	3
2. Contexte et démarche.....	4
3. Recensement des données institutionnelles	5
3.1. Réseau institutionnel.....	5
3.2. Caractéristiques des bénéficiaires faisant partie du réseau institutionnel addiction.....	8
3.3. Prises en charge extracantoniales.....	9
4. Analyse des données complémentaires.....	11
4.1. Liste d'attente	11
4.2. Indicateurs complémentaires influençant les besoins.....	12
4.3. Tendances globales dans les thérapies résidentielles en Suisse.....	13
5. Planification 2016-2020	14
Liste des tableaux.....	16
Références.....	17
Remerciements	17
Impressum.....	18

1. Résumé

Pour planifier l'évolution de son offre en prestations institutionnelles dans le domaine des addictions, tant du point de vue quantitatif que qualitatif, le canton doit, d'une part analyser le besoin et, d'autre part, tenir compte de l'offre de prestations à disposition dans le canton et hors canton.

Ce rapport se fonde sur les données de l'année 2015, constituant ainsi l'année de référence. Il propose la planification de l'évolution des offres pour la période 2016-2020 des 3 institutions du Réseau fribourgeois des institutions pour les personnes souffrant d'addiction RIFA réunissant l'association Le Radeau, la fondation Le Torry et la fondation Le Tremplin (ci-après : le RIFA). L'analyse du besoin et de l'offre de prestations se fonde sur sept types de sources:

- > Le recensement des données auprès des institutions du RIFA;
- > Les données du Service de la prévoyance sociale (SPS) ;
- > Les données du dispositif d'indication « Addictions » du Service du médecin cantonal (SMC);
- > Une séance de planification (du 3 novembre 2016) entre les trois directions des institutions du RIFA et le SMC ainsi que la présentation du projet de rapport devant la Commission consultative d'aide et d'accompagnement des personnes handicapées et inadaptées (27 janvier 2017) ;
- > Les travaux de la Commission cantonale des addictions ;
- > Des informations complémentaires en provenance d'autres instances (SEJ, Tribunal des mineurs, Justices de Paix notamment);
- > L'étude de l'évolution d'autres indicateurs statistiques ou scientifiques.

L'analyse tant qualitative que quantitative a mis en évidence qu'aucune nouvelle place de thérapie ou d'atelier n'est actuellement à prévoir, mais fait ressortir la nécessité de développer et d'adapter certaines prestations afin de correspondre à l'évolution des besoins de la population concernée. Les modifications suivantes peuvent se faire dans le cadre des moyens actuellement à disposition :

- 1) Modification de l'utilisation de certaines places résidentielles afin de mieux correspondre à l'évolution des besoins des mineurs (2-4 places) ;
- 2) Adaptation de certaines places pour la prise en charge des personnes plus âgées avec problématiques multiples en plus de l'addiction: examiner l'opportunité de créer une unité EMS au sein d'une ou plusieurs institutions du RIFA qui soit en partie financée par les caisses-maladie ;
- 3) Développement de places de « transition de crise » résidentielles (2 places de transition en résidentiel).

Commentaires : 1) Beaucoup de personnes souffrant d'addiction n'entreprennent pas de traitement ou pas de traitement spécialisé et ne sont donc pas connues du dispositif fribourgeois. Seuls 10-15% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool et environ 6% souffrant de problèmes de jeu excessif sont traités. 2) L'augmentation de la population prévue à 10.75% d'ici 2020, ainsi que son vieillissement, pourraient donner lieu à des demandes d'aide supplémentaires. Elles sont toutefois difficiles à prévoir de manière précise. Par conséquent, on ne peut pas écarter la possibilité d'une marge d'erreur quant au besoin de nombre de places si le comportement ou la demande d'aide des personnes souffrant d'addiction devait se modifier dans les années à venir. Le monitoring des addictions en particulier sur la base de l'outil d'indication FRIADIC nous permettra déjà durant cette période de planification de mieux connaître les besoins des bénéficiaires et leurs profils.

2. Contexte et démarche

La Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) fixe que les cantons garantissent aux personnes invalides domiciliées sur leur territoire d'accéder à des institutions répondant adéquatement à leurs besoins. En séance du 17 mai 2010, le Conseil d'Etat a adopté le plan stratégique exigé par la LIPPI. Ce dernier a été approuvé par le Conseil fédéral le 17 décembre 2010 sur proposition de la Commission d'experts chargée d'analyser les plans stratégiques de l'ensemble des cantons. Le plan stratégique a pour but de définir les principes qui soutiennent la mise en œuvre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) dans le domaine du handicap adulte. Il vise principalement à répondre aux exigences formulées à l'article 10 de la LIPPI. Bien que les personnes souffrant d'addiction ne soient pas toutes invalides au sens de la LAI, la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), place les institutions résidentielles et les ateliers prenant en charge les personnes souffrant d'addiction dans cette planification-ci. Les cantons garantissent que les personnes invalides domiciliées sur leur territoire ont à leur disposition des institutions répondant adéquatement à leurs besoins.

Le Service de la prévoyance social et le Service du médecin cantonal collaborent étroitement dans ce domaine. Le présent rapport ne porte que sur deux des six prestations du RIFA : les thérapies résidentielles et les ateliers. Les autres prestations étant : l'ambulatoire, les lieux de vie, les logements accompagnés et les ateliers de type « centre de jour ». Ces dernières feront l'objet d'un autre document global sur la stratégie cantonale et la coordination des prises en charge des personnes souffrant d'addiction. La coordination des prises en charge des personnes souffrant d'addiction relève de la compétence du Service du médecin cantonal et porte sur l'ensemble des prestations -tant sociales que médicales, tant résidentielles qu'ambulatoires-. Il doit notamment assurer la mise en œuvre d'une politique intégrée et coordonnée de prise en charge des addictions décidée par le Conseil d'Etat en 2012¹ et veiller à la qualité et à l'adéquation des prestations bio-psycho-sociales en regard des besoins de la population concernée. Selon [l'ordonnance du 23 juin 2014](#), la Commission cantonale des addictions a également le mandat d'assurer cette mise en œuvre.

Une certaine fragilité du financement des thérapies résidentielles existe déjà depuis 1996 dans l'ensemble de la Suisse². Le canton a renforcé son pilotage et en 2011 les 3 institutions ont signé une convention donnant ainsi naissance au RIFA. La Direction de la santé et des Affaires sociales (ci-après : DSAS) demande au RIFA de procéder à davantage de synergies entre les trois institutions constitutives du réseau. En 2016, un mandat a été donné au Bureau *B'VM* afin d'examiner les différents scénarios de synergies, une vision commune et un rapprochement opérationnel. Cette démarche participative n'ayant pas livré tous les effets escomptés, la DSAS juge indispensable de poursuivre sans relâche ces efforts durant cette période de planification.

¹ http://www.fr.ch/smc/fr/pub/addictions/ce_que_fait_le_canton_de_fribo.htm

² <http://www.infodrog.ch/traitement-publications.html#financement>

3. Recensement des données institutionnelles

L'analyse descriptive des données fournit une information complète et précise du contexte institutionnel fribourgeois ainsi qu'une image détaillée de la population accueillie au sein des institutions. A ces deux premiers aspects s'ajoutent les informations relatives aux personnes adultes au bénéfice d'une prestation institutionnelle hors du canton de Fribourg.

Dans ce chapitre, le résultat de ces analyses est organisé en trois parties :

>Description du fonctionnement de chaque structure en faisant notamment référence à ses caractéristiques, prestations offertes, nombre de places, etc.

>Approfondissement de la connaissance des personnes au bénéfice d'une prestation institutionnelle de nature résidentielle.

>Informations relatives aux bénéficiaires souffrant d'addiction pris en charge hors canton.

3.1. Réseau institutionnel

Tab 1 : Nombre de places par prestation et évolution sur 10 ans

Le nombre de places est inchangé depuis 10 ans.

Prestations	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Home avec occupation	46	46	46	44	46	46	46	46	46	46	46
Home sans occupation (AP)	6	6	6	8	6	6	6	6	6	6	6
Ateliers	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Total	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72

Le terme « Home avec occupation » comprend les lieux de thérapie résidentielle et les ateliers sur place faisant partie de la thérapie. Seule la Fondation Le Tremplin fournit des places d'appartement protégé (AP) : 6 places. Le total de nombre de places est de 72.

Tab 2 : Répartition des places « Home avec occupation » par institution

La répartition des places « Home avec occupation » par institution est la suivante :

Institution	Nombre de places
Le Torry	20
Le Tremplin (Parcours Horizon)	14
Le Radeau	12
TOTAL	46

Tab 3 : Taux d'occupation « Home avec occupation » (état au 31.12.2015)

Un taux d'occupation équivalent ou supérieur à 85% est fixé comme le seuil au-dessous duquel aucune mesure corrective n'est entreprise par le canton. Les trois institutions du RIFA satisfont ce critère en 2015. Le taux d'occupation des thérapies résidentielles reste bon. Une réflexion sur les groupes-cibles et sur l'articulation avec l'ensemble du dispositif est indispensable afin qu'elles puissent s'adapter aux nouveaux besoins.

Institution	Taux d'occupation
Le Radeau	89%
Le Torry	100%
Le Tremplin (Parcours Horizon)	94,33%

Tab 4 : Durées des séjours (pour les personnes ayant séjourné en institution en 2015)

Le nombre total des personnes qui ont séjourné en thérapie résidentielle est de 96. Le calcul des durées moyennes de séjours ne fournit pas d'information pertinente pour la compréhension des durées de séjours en thérapie résidentielle. En effet, comme le montrent les tableaux ci-dessous, il peut y avoir des séjours de durée très différente au sein d'une même institution. Les chiffres indiquent qu'il y a des séjours courts, moyens et longs.

Le Torry (N=57) Durées de séjour	Nombre	Taux
Séjours longs (14 à 23 mois)	22	39%
Séjours moyens (5 à 14 mois)	8	14%
Séjours courts (4 mois et moins pour les sorties)	23	40%
<i>Viennent d'arriver dans l'institution</i>	4	7%

Rem : Pour les séjours moyens et courts, la distinction est faite entre les personnes qui sont sorties et celles qui viennent d'arriver.

Le nombre total de personnes ayant séjourné au Torry en 2015 est de 57, dont 37 sont sorties et 20 sont encore en séjour au 31 décembre 2015. 3 personnes ont fait deux séjours au Torry en 2015. Il ressort clairement 2 groupes de résidents de taille quasi identique: un premier groupe qui effectue des séjours courts et un deuxième groupe qui effectue des séjours longs. Les séjours de moyenne durée sont minoritaires et il n'y a pas de séjours très longs.

Le Tremplin (N=19) Durées de séjour	Nombre	Taux
Séjours très longs (supérieurs à 23 mois)	3	16%
Séjours longs (14 à 23 mois)	3	16%
Séjours moyens (entre 5 à 14 mois)	8	42%
Séjours courts (4 mois et moins pour les sorties)	1	5%
<i>Viennent d'arriver</i>	4	21%

Rem : Pour les séjours moyens et courts, la distinction est faite entre les personnes qui sont sorties et celles qui viennent d'arriver.

Le nombre total de personnes ayant séjourné au Tremplin en 2015 est de 19, dont 11 sont sortis et 8 sont encore en séjour au 31 décembre 2015. Comme deux résidents appartenant au groupe « séjours moyens » sont encore dans l'institution au 31 décembre 2015, ils viendront selon toute vraisemblance compléter le groupe des longs séjours. Il ressort donc deux groupes de résidents de taille quasi identique : un premier groupe qui effectue des séjours de moyenne durée et un deuxième groupe qui effectue des séjours longs et très longs.

Le Radeau (N=20) Durées de séjour	Nombre	Taux
Séjours très longs (supérieurs à 23 mois)	5	25%
Séjours longs (14 à 23 mois)	3	15%
Séjours moyens (entre 5 à 14 mois)	4	20%
Séjours courts (4 mois et moins pour les sorties)	2	10%

<i>Viennent d'arriver</i>	6	30%
---------------------------	---	-----

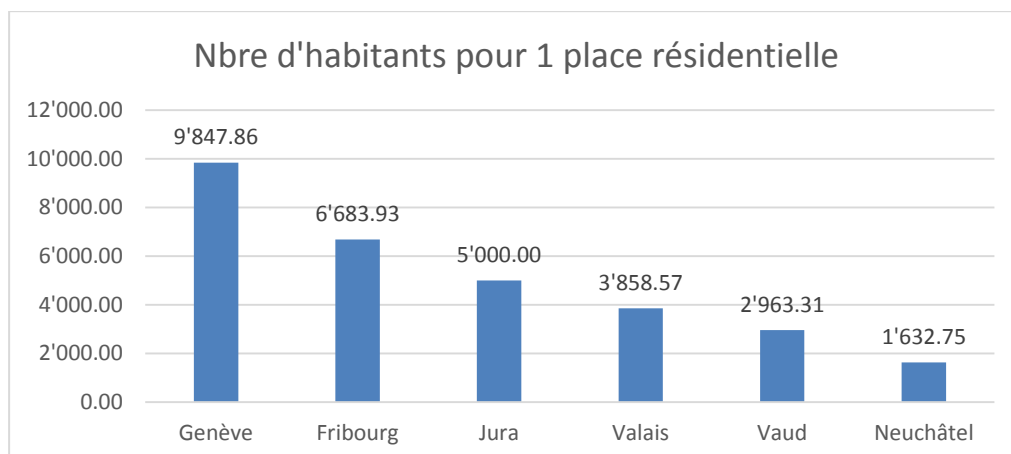
Rem : Pour les séjours moyens et courts, la distinction est faite entre les personnes qui sont sorties et celles qui viennent d'arriver.

Le nombre total de personnes en 2015 est de 20, dont 8 sont sorties et 12 sont encore en séjour au 31 décembre 2015. Il ressort que les longs et très longs séjours représentent la majorité des séjours au Radeau et qu'1/5 des séjours est constitué des séjours de moyenne durée. Le Tremplin et le Radeau traitent également des personnes placées par la justice, pour lesquelles les durées de séjours ne peuvent pas être entièrement maîtrisées par les institutions elles-mêmes. Les très longs séjours sont en partie expliqués par ces situations, souvent complexes en terme de réinsertion et de sécurité. Le fait qu'un nombre relativement élevé de personnes venaient d'arriver dans l'institution au 31 décembre 2015, oblige toutefois à une certaine prudence quant à l'interprétation.

De manière générale, une certaine diversité de durées est plutôt positive, car elle permet de correspondre aux différents besoins des bénéficiaires. Les durées de plus de 23 mois devraient toutefois être examinées de plus près, car les effets thérapeutiques de la communauté résidentielle devraient, en principe, avoir déployé toute leur portée après une période de deux ans. L'articulation avec l'ambulatoire, le semi-résidentiel et les questions de logement et de travail sont des éléments essentiels à inclure dans cette réflexion.

Tab 5 : Nombre de places en thérapie résidentielle en rapport avec la population (chiffres 2015)

Ce tableau est livré à titre purement indicatif, car il dépend de chaque politique cantonale et de son historique en matière d'offre institutionnelle sur son territoire. Une offre ambulatoire plus développée peut contribuer à offrir moins de places en thérapie résidentielle. En outre, ce tableau ne fait pas la distinction entre les différents groupes de bénéficiaires souffrant d'addiction pris en charge par chaque institution. Il permet toutefois d'expliquer une certaine demande pour des placements extra-cantonaux si on part du principe qu'une offre moins développée dans tel ou tel canton ne permettra pas de prendre en charge tous les groupes-cible touchés par une ou plusieurs addictions.



Source : la Fondation Le Tremplin sur la base des données de la Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions (CRIAD), 2015

3.2. Caractéristiques des bénéficiaires faisant partie du réseau institutionnel addiction

Tab 6 : Répartition du nombre de bénéficiaires par tranche d'âge

L'âge moyen des personnes ayant résidé en thérapie résidentielle en 2015 est le suivant :

Institution	Age moyen	Age médian
Le Torry	48.3	48.0
Le Tremplin	32.8	32.0
Le Radeau	33.9	31.5

Le Torry étant spécialisé dans les prises en charge des personnes souffrant d'addiction à l'alcool, un âge moyen plus élevé n'est pas une surprise et correspond à l'état constaté dans les autres cantons. Parmi les explications connues, peut être mentionné le fait que les personnes souffrant d'addiction à l'alcool ont tendance à entreprendre une thérapie plus tardivement, notamment parce que les conséquences tant personnelles que sociales se font ressentir plus tardivement. Pour les drogues illégales, dont les thérapies sont prises en charge au Tremplin et au Radeau, les conséquences tant personnelles que sociales se font ressentir plus tôt, ce qui provoque des demandes de traitement plus précoces également.

Tab 7 : Répartition des domiciles des bénéficiaires par district (placements intracantonaux)

La répartition des domiciles par district des bénéficiaires toutes institutions confondues est la suivante :

Le Torry District	Taux
Sarine	55%
Glâne	7%
Broye	4%
Gruyère	13%
Lac	6%
Singine	11%
Veveyse	4%

Le Tremplin District	Taux
Sarine	72%
Glâne	7%
Broye	7%
Gruyère	14%
Lac	0%
Singine	0%
Veveyse	0%

Le Radeau District	Taux
Sarine	70%
Glâne	6%
Broye	18%
Gruyère	6%

Lac	0%
Singine	0%
Veveyse	0%

Comme institution bilingue, les chiffres montrent que Le Torry couvre également les districts du Lac et de la Singine, ce qui n'est le cas ni du Tremplin, ni du Radeau. De manière générale, le sud du canton sollicite moins les thérapies résidentielles, en particulier le Tremplin et le Radeau. En 2013 et 2014, des bénéficiaires du sud du canton ont toutefois séjournés au Tremplin. Il faudra donc poursuivre l'observation de ces chiffres.

Tab 8 : Taux de provenance hors canton

Le taux de bénéficiaires en provenance d'autres cantons est pour chaque institution le suivant :

Institution	Taux	Nombre
Le Torry	0%	0
Le Tremplin	5%	1
Le Radeau	15%	3

Il n'y a aucune norme sur le nombre de résidents qu'une institution peut ou doit admettre en provenance d'un autre canton. Ces placements sont prévus notamment par la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (ci-après : CIIS) ainsi que par les concordats intercantonaux relatifs aux placements par la justice.

3.3. Prises en charge extracantonales

Durant l'année 2015, **31 Fribourgeois ont été placés dans une institution hors canton** et ont bénéficié de 47 prestations au total.

Tab 9 : Nombre de placements extracantonaux et répartition par cantons

Canton	Nombre	Taux
VD	11	35%
BE	8	26%
BS	7	23%
VS	3	9%
NE	1	3.5%
ZH	1	3.5%
TOTAL	31	100%

Remarque : ces chiffres incluent les placements dans les institutions de la liste C CIIS (« Traitement des dépendances et réadaptation ») et les placements en institutions addictions ne figurant pas dans la liste C, mais qui prennent des personnes souffrant d'addiction (institutions dites « non reconnues »). Ces chiffres incluent également les 3 placements pour mineurs (via service de l'enfance et de la jeunesse SEJ/Justice de Paix).

Bien que la répartition linguistique des placements extracantonaux soit de 50/50 dans des cantons majoritairement germanophones et francophones, cela ne signifie pas que ces placements ont eu lieu selon le seul critère de la langue. En examinant les motifs de placement, il apparaît clairement qu'une grande partie d'entre eux ont été effectués parce que la prestation n'existait pas dans le canton de Fribourg (voir Tableau 13 ci-dessous).

Tab 10 : Placements extracantonaux : répartition des domiciles des bénéficiaires par district

District	Taux
Sarine	60%
Glâne	4%
Broye	4%
Gruyère	0%
Lac	11%
Singine	8%
Veveyse	4%

Il ressort de ces chiffres que la répartition du domicile des bénéficiaires qui effectuent une thérapie résidentielle hors du canton ne diffère pas significativement de celui des bénéficiaires qui effectuent une thérapie à l'intérieur du canton. Ces chiffres démontrent par ailleurs que le domicile n'est pas un motif expliquant la recherche d'une thérapie à l'extérieur du canton (voir point 3.3. ci-dessous). L'examen des motifs de placement permet d'avoir une vision encore un peu plus fine (voir Tableau 13 ci-dessous).

Tab 11 : Répartition des placements à l'intérieur et à l'extérieur du canton

Types de placement	Nombre	Pourcentage
Intracantonal (y c. en provenance d'autres cantons)	96	75%
Extracantonal	31	25%
TOTAL	127	100%

Remarque : ces chiffres incluent les placements dans les institutions de la liste C CIIS (« Traitement des dépendances et réadaptation ») et les placements en institutions addictions ne figurant pas dans la liste C, mais qui prennent des personnes souffrant d'addiction (institutions dites « non reconnues »). Ces chiffres incluent également les 3 placements pour mineurs (via service de l'enfance et de la jeunesse SEJ/Justice).

La répartition $\frac{3}{4}$ / $\frac{1}{4}$ des placements intra/extracantonaux est à examiner sous l'angle de la correspondance entre les objectifs thérapeutiques et les offres à disposition. Ces aspects feront l'objet d'une observation plus approfondie durant les prochaines années, notamment sur la base des données cantonales d'indication disponibles depuis 2015 (respectivement 2017 pour les cas de justice).

Tab 12 : Prestations utilisées hors cantons

Le 100% des 31 personnes ont séjourné en thérapie résidentielle (avec ou sans occupation). 1 personne a séjourné dans deux institutions résidentielles différentes et 16 personnes ont bénéficié de plus d'une prestation.

Types de prestation	Nombre	Pourcentage
Home avec occupation	21	45%
Home sans occupation	11	24%
Atelier	9	19%
Centre de jour	3	6%
Logement décentralisé	2	4%
Ambulatoire en entreprise	1	2%
TOTAL	47	100%

Tab 13 : Motifs pour les placements extra-cantonaux

Motifs principaux pour un placement extra-cantonal	Nombre
Gestion de sa consommation drogues (bas seuil/consommation active sous forme d'injection)	10
Gestion contrôlée de la consommation d'alcool	1
Stabiliser comportements (violence)	1
Stabiliser troubles psychiques (dépression)	4
Offre spécifique mère-enfants / offre spécifique pour mineurs	2
Stabilisation post-traumatique	1
Offre avec prestations médicales, consommation active, pour personnes vieillissantes (mais avant âge AVS)	1
S'éloigner de Fribourg (personnalité connue, s'éloigner du milieu des drogues illégales, des tierces personnes représentent un danger à Fribourg)	12
Langue allemande	4
Autres (ex : séjours antérieurs à la mise en place du dispositif d'indication)	9

Parmi les deux motifs les plus fréquemment évoqués, figurent les besoins thérapeutiques liés à une consommation active de drogues illégales (N=10) et l'éloignement de Fribourg (N=12). Si dans le premier cas il s'agit effectivement d'une offre inexistante dans le canton de Fribourg, les motifs en lien avec un éloignement de Fribourg reflètent avant tout la nécessité de satisfaire des conditions élémentaires pour pouvoir effectuer une thérapie. Fort est de constater que la recherche d'une institution de langue allemande n'a été un motif de placement extracantonal que dans 4 cas.

4. Analyse des données complémentaires

4.1. Liste d'attente

Au sein du RIFA, seul Le Torry connaît une liste d'attente permanente. En 2015, elle était de 2-3 mois en moyenne (moyenne de 2-3 personnes ; maximum 6 personnes en attente). Et elle a perduré en 2016 de la même manière et devra faire l'objet d'une attention plus précise.

Plusieurs hypothèses explicatives doivent donner lieu à une réflexion. Le premier élément est sans doute le rapport entre le nombre de places de thérapies (20) et le nombre de personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool (estimée à 10'000 pour le canton). Si l'augmentation de la population dans le canton joue également un rôle indéniable dans l'augmentation potentielle de la demande de thérapie de l'alcool, d'autres facteurs semblent avoir également une influence, à savoir, une prise en charge intermédiaire et/ou ambulatoire qui peine à absorber les situations à la sortie des thérapies lorsque cela est nécessaire. Bien que cela soit sans aucun doute vrai pour les 3 institutions, le manque de possibilités de travail et surtout de logement à la sortie constitue une troisième hypothèse expliquant pourquoi certaines places de traitement du Torry restent occupées. Bon nombre des résidents du Torry sont qualifiés et expérimentés, mais ils sont mis en difficulté par leur passé d'alcoolique et par leur âge (âge moyen : 48.3). Une analyse plus approfondie devra être faite dans le cadre de la coordination des prises en charge des personnes souffrant d'addiction pour vérifier le poids de chacune de ces trois hypothèses. Il est arrivé que, pour éviter de refuser une demande de traitement, Le Radeau accueille en urgence un ou deux bénéficiaires en attendant qu'une place se libère au Torry. Cette situation devrait rester provisoire et exceptionnelle.

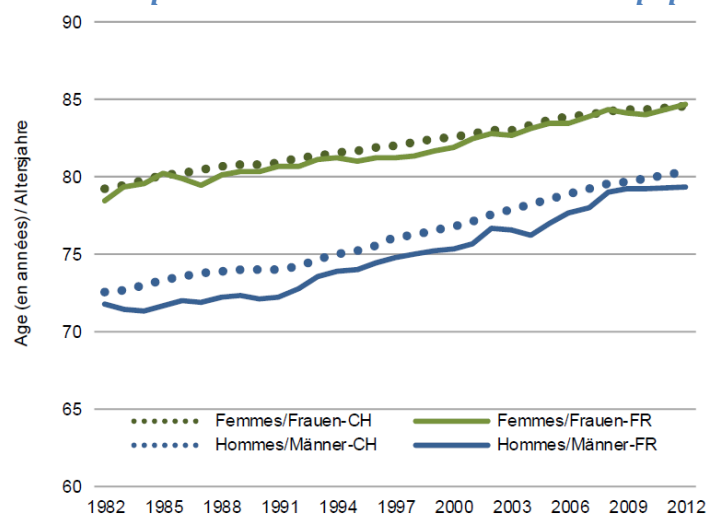
4.2. Indicateurs complémentaires influençant les besoins

Le 6 octobre 2014, le canton de Fribourg franchissait la barre des 300 000 habitants. Depuis une dizaine d'années, le canton de Fribourg est considéré comme le champion du boom démographique. La population y a crû de 17.6 %, contre 9 % en moyenne suisse, entre 2000 et 2010.

Cette croissance soutenue induit des changements. Les conséquences de cet accroissement démographique sont en effet ambivalentes. L'installation dans le canton de nouveaux résidents est certes source de revenus supplémentaires, mais elle engendre aussi des besoins et des attentes. L'un des enjeux pour les collectivités publiques est d'y répondre notamment par le développement des infrastructures, des équipements et de services. Les prévisions démographiques du Service de la statistique (SStat) du canton présentent l'évolution démographique à l'horizon 2020³. Selon ces projections, la population résidente permanente passera de 307 461 personnes en 2015 à 332 821 en 2020⁴. Il existe certes d'autres facteurs qui influencent les besoins en places d'accueil et dans le domaine ambulatoire que l'évolution démographique : les flux migratoires, les progrès de la médecine (progrès dans le domaine de la neurologie et des neurosciences, etc.). Cependant, leur impact sur le développement des diverses prestations se mesure à plus long terme, au-delà de cette planification 2016-2020. On ne peut exclure qu'une augmentation de la population puisse créer une augmentation du nombre de personnes souffrant d'addiction (en chiffres absolus), mais nous n'avons aucun élément nous permettant de dire dans quelle proportion. C'est une évolution qui devra être observée durant les prochaines années afin de pouvoir, le cas échéant, prévoir une augmentation du nombre de places lors de la prochaine période de planification.

Nous formulons dès lors l'hypothèse que le rapport entre le nombre de places en institution et le nombre d'habitants résidant dans le canton restera identique pour les cinq années à venir.

Tab 14 : Espérance de vie et vieillissement de la population



Source : Service statistique du canton de Fribourg, 2014

³ Direction de l'économie et de l'emploi DEE, Annuaire statistique du canton de Fribourg 2017, édité en décembre 2016.

⁴ En mars 2017 le SStat a revu ses pronostics à la baisse. Ainsi la population totale ne devrait pas dépasser les 353000 personnes.

Les statistiques cantonales démontrent également que la hausse de l'espérance de vie de la population générale de notre canton va se poursuivre. Nous n'avons pas de statistique précise sur l'évolution de l'espérance de vie des personnes souffrant d'addiction. Les études et le monitoring⁵ démontrent toutefois que les personnes dépendantes aux opiacés connaissent un vieillissement constant et qu'un bon nombre d'entre elles parviennent au 3^{ème} âge tout en poursuivant leur consommation. Tenant compte des problèmes de santé physiques et psychiques liés à l'abus de drogues comme les maladies chroniques (VIH, hépatite C), les psychopathologies, les dysfonctionnements cognitifs, ainsi que les risques liés aux consommations parallèles d'alcool, de tabac et d'autres substances, on peut craindre que ces problèmes seront amplifiés par le processus normal de vieillissement. Selon toute vraisemblance, ces personnes auront besoin d'un accompagnement médico-social plus tôt que la moyenne et probablement de façon plus intense. Pour ceux qui atteignent l'âge de 65 ans, les difficultés tant physiques que psychiques requièrent un encadrement spécifique, que les Etablissements médicaux-sociaux (EMS) ne peuvent pas toujours assurer.

Selon le Rapport « Alter und Sucht » de l'institut de recherche sur la santé publique et des addictions ISGF⁶, le rôle des addictions chez les personnes âgées prend de plus en plus d'importance avec l'évolution de la structure de la population. Les homes et hôpitaux signalent une augmentation de la fréquence des addictions. Une prise en charge adéquate des personnes âgées n'est pas encore assurée. Comme indice à cela, fort est de constater que les services ambulatoires comme les institutions résidentielles du domaine des addictions font état d'une sous-représentation des personnes âgées souffrant d'addiction. Les études montrent pourtant que les pronostics de traitement des addictions chez les personnes âgées sont prometteurs. Selon l'observatoire de la santé (2002), 8% des hommes et 3% des femmes de 65 ans et plus ont une consommation problématique d'alcool, si bien que les traitements devraient être de plus en plus sollicités à l'avenir.

4.3. Tendances globales dans les thérapies résidentielles en Suisse

>Développement des addictions sans substance : Parmi les addictions comportementales, on commence à bien connaître l'addiction aux jeux d'argent, certaines d'entre elles ne sont pas (ou pas encore) reconnues dans les manuels de diagnostic permettant d'avoir un financement des caisses-maladie, comme par exemple les addictions affectives, sexuelles et sectaires, voire certains troubles alimentaires. Il existe quelques offres résidentielles dans d'autres cantons pour ces problématiques.

>Développement des offres ambulatoires médicales ou sociales exercent une pression sur les thérapies résidentielles et ont tendance à réduire la demande de thérapies résidentielles et les durées de celles-ci. L'introduction prévue de la tarification TARPSY dans le domaine de la psychiatrie aura également pour conséquence de réduire le nombre et surtout la durée des séjours en hôpital psychiatrique. Les longs séjours ne seront plus financés et, par conséquent, d'autres solutions -ambulatoires ou résidentielles- devront être trouvées.

>Moins de spécialisation face aux substances et plus spécialisation face aux groupes-cibles: il existe une difficulté croissante à distinguer les institutions en fonction des substances. En réalité, nombreuses sont les institutions de traitement résidentiel des addictions qui, dans la base de données de l'offre (Infodrog), mentionnent au point « spécialisation » différentes substances simultanément (« drogues illégales, alcool, médicaments»). Il y a donc une tendance « généraliste » face aux substances. Quasi toutes les institutions résidentielles alcool ne traitent pas que les problèmes liés à l'alcool et aux médicaments, mais aussi aux

⁵ « La prise en charge des personnes âgées de 40 ans ou plus dans le domaine des dépendances: chronicisation ou incidence tardive? », Eclairages 2 / 2009, Act-Info.

⁶ Uchtenhagen et al. (2006), Alter und Sucht, Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Bericht Nr. 0221.

dépendances à d'autres substances, en l'occurrence à des drogues illégales. Parmi la clientèle, il y a une grande proportion de polyconsommateurs. « *La majorité de ces institutions Residalc⁷ sont des centres de traitement des dépendances.* »

>Approche par groupes-cibles : l'individualisation des prises en charge, telle que peuvent offrir les prises en charge ambulatoires, est un défi pour les thérapies résidentielles : le sur-mesure n'est pas facilement compatible avec un modèle communautaire. Une des manières d'y correspondre au mieux est de bien choisir les groupes-cibles. Et l'autre est d'adapter la manière de traiter les clients au sein de la thérapie en fonction des groupes-cible. Exemples : concernant les jeunes⁸ (avec addiction), il faut travailler sur l'apprentissage de compétences et sur la formation professionnelle. Les études montrent que l'implication des jeunes dans les thérapies résidentielles est primordiale pour éviter les *drop-outs* rapides et par conséquent les programmes thérapeutiques doivent être conçus de manière à correspondre aux jeunes. Concernant les situations de justice⁹ (avec addiction): les études montrent que les thérapies résidentielles permettent de réduire les récidives, de baisser les consommations de drogues/alcool et d'améliorer la sécurité publique. Concernant les situations de comorbidité psychiatrique avec violence¹⁰ (et avec addiction): les thérapies résidentielles permettent d'améliorer les unités sécurisées psychiatriques : des études montrent une baisse de l'isolement des personnes violentes et agressives après un passage dans une thérapie résidentielle. Il faut toutefois bien évaluer les risques avant l'entrée.

>La diversité des offres thérapeutiques est un des principes importants du pilier « thérapies » de la politique nationale et cantonale en matière d'addiction. Il n'y a pas de traitement qui fonctionne seul pour tous les cas. Chaque traitement doit être sciemment choisi en fonction des besoins, des ressources et des objectifs de la personne souffrant d'addiction. Cette diversité permet non seulement de choisir une offre adaptée aux besoins des clients et clientes, mais elle accroît en outre les chances que les offres à disposition soient effectivement sollicitées par les personnes concernées. Dès les années 90, la coordination des partenaires et un meilleur continuum pour les clients est un enjeu d'efficacité du système d'aide.

5. Planification 2016-2020

Le nombre actuel de places permettant la prise en charge des addictions en thérapie résidentielle, en ateliers (« home avec occupation ») et en appartement protégé (« home sans occupation ») suffit à couvrir la demande. Ce, notamment grâce à des structures intermédiaires et ambulatoires, qui permettent de prendre le relais dans la prise en charges des bénéficiaires. Par conséquent, aucune nouvelle place n'est accordée pour la période 2016-2020 (voir tableau ci-dessous). Avec les moyens actuels, certains aménagements de l'offre actuelle sont toutefois possibles:

> Pouvoir utiliser 2 à 4 places de thérapie résidentielle pour des **mineurs**, dont le mode de consommation et la façon de vivre s'apparentent à ceux des adultes. Ce besoin a été confirmé formellement depuis les

⁷ Act-Info dans le domaine de traitement résidentiel alcool et médicaments, act-info-Residalc, *AddictionSuisse*, 2011.

⁸ Whitney D. Gunter, *Therapeutic Engagement and Posttreatment Substance Use in Adolescent TC Clients, Direct and Indirect Effects*, *Journal of Drug Issues* January 2014, vol. 44 no. 1, 22-36.

⁹ Prendergast ML, Hall EA, Wexler HK, Melnick G, Yan C. Amity, *Prisonbased therapeutic community: 5-year outcomes*. *Prison Journal*, 2004; 84:36-60.

¹⁰ Mistral, W, Hall A., McKee P., *Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK*, *Int. J. Ment. Health Nurs.*, 2002 Mar; 11(1):10-7.

entretiens exploratoires effectués dans le cadre de l'application de l'art 3c LStup dans le canton. En 2016, la CDLJP et la CLASS ont par ailleurs stoppé leurs travaux inter-cantonaux pour une nouvelle structure commune de prise en charge des mineurs. Cela pourrait se faire tant au Radeau qu'au Tremplin, voire dans les deux institutions. Pour ce faire, un concept de prise en charge approprié doit être développé en conséquence et des critères de tri doivent être clairement définis. Le nouveau dispositif d'indication tant du côté « Addictions » que du côté « Handicap » devra assurer un tri entre les situations qui doivent effectuer un séjour dans une institution « Addictions » ou dans une maison d'éducation -si les troubles psychiques prévalent sur les problèmes d'addiction-.

> Pouvoir utiliser 2 places de thérapie résidentielle au profit de 2 places « **transitoires de crise** » pour des sorties d'hôpital « sans solution » (1-5 semaines). Ceci permettrait d'éviter des séjours inappropriés dans les hôpitaux comme dans les institutions résidentielles. Une évaluation ainsi que la recherche d'une autre solution pourraient être effectuées pendant cette période. Un concept doit être développé en conséquence.

>Besoin de développer des solutions de **logement semi-résidentiel de transition** à la sortie d'une thérapie résidentielle et, du côté ambulatoire, développer l'aide à domicile et l'aide au maintien d'un logement. Le projet-pilote « Equip'Appart » sera attentivement suivi.

>Une meilleure prise en charge des **personnes âgées** souffrant d'addiction est également une priorité pour la période 2016-2020 (voir ci-dessous : Les facteurs influençant les besoins). Durant la période 2016-2020 l'opportunité de créer une unité EMS au sein d'une ou plusieurs institutions du RIFA -en partie financée par les caisses-maladie- sera examinée.

De façon indispensable, le développement des synergies entre les institutions, de prises en charge intégrées et coordonnées ainsi que des prestations fournies de manière modulaire par groupe-cible doit se poursuivre afin de gagner en continuité et en efficacité.

Tab 15 : Planification du nombre de nouvelles places 2016-2020

Prestations	Places existantes en 2011	Places existantes en 2015	Places accordées	Différences 2016-2020	31.12.2020
Home avec occupation	46	46	0	0	46
Home sans occupation (AP)	6	6	0	0	6
Ateliers	20	20	0	0	20
Total	72	72	0	0	72

Liste des tableaux

Tab 1 : Nombre de places par prestation et évolution sur 10 ans

Tab 2 : Répartition des places « Home avec occupation » par institution

Tab 3 : Taux d'occupation « Home avec occupation » (état au 31.12.2015)

Tab 4 : Durées des séjours (sur les personnes ayant séjournées en institution en 2015)

Tab 5 : Nombre de places en thérapie résidentielle en rapport avec la population (chiffres 2015)

Tab 6 : Répartition du nombre de bénéficiaires par tranches d'âge

Tab 7 : Répartition des domiciles des bénéficiaires par district

Tab 8 : Taux de provenance hors canton

Tab 9 : Nombre de placements extracantonaux et répartition par cantons

Tab 10 : Placements extracantonaux : répartition des domiciles des bénéficiaires par district

Tab 11 : Répartition des placements à l'intérieur et à l'extérieur du canton

Tab 12 : Prestations utilisées hors cantons

Tab 13 : Motifs pour les placements extracantonaux

Tab 14 : Espérance de vie et vieillissement de la population fribourgeoise

Tab 15: Planification de nombre de nouvelles places 2016-2020

Références

Financement des thérapies résidentielles:

<http://www.infodrog.ch/traitement-publications.html#financement>

Monitoring Addictions Suisse des thérapies résidentielles:

<http://www.addictionsuisse.ch/recherche-scientifique/act-info-residalc/>

Communautés thérapeutiques (CT) et en particulier les CT-modifiées (troisième génération de CT):

<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>

<https://archives.drugabuse.gov/researchreports/Therapeutic/>

<http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/tc.servicestandards.ed1.pdf>

<http://www.eftc-europe.com/Resources/publications.htm>

<http://www.infodrog.ch/traitement.html>

Addictions et vieillissement :

<http://www.suchtimalter.ch/de/studien/>

<http://sucht-im-alter.cmsbox.ch/de/fachpersonen/alkohol/das-wichtigste-in-kuerze>

<https://www.alterundsucht.ch/fr/professionnels/alcool/l-essentiel-en-bref>

Stratégie nationale addictions 2017-2024:

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

Remerciements

Service de la prévoyance sociale :

Maryse Aebischer, Carmen Rouiller, Marinella Cappelli.

Commission consultative d'aide et d'accompagnement des personnes handicapées et inadaptées:

Catrina Demund, Marianne Dey, Dr André Kuntz, Sylvie Lauper, Chantal Kuenlin, Jean-Luc Kuenlin, Steve Perritaz, Laura Propizio, Stéphane Quéru, Nicolas Robert, Olivier Spang, Yvonne Stempfeli.

Impressum

Auteur

Nicolas Dietrich, délégué aux questions liées aux addictions, Service du médecin cantonal.

Relecture

Dr Chung-Yol Lee, médecin cantonal.

Cristina Monterrubio Leu, collaboratrice scientifique, Service du médecin cantonal.

Emmanuelle Barboni, directrice de l'Association Le Radeau.

Cédric Fazan, directeur de la Fondation Le Tremplin.

Thierry Radermecker, directeur de la Fondation Le Torry.