

SEPTEMBRE 2023 - N° 76

DEPENDANCES



Résidentiel

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA

SOMMAIRE « RÉSIDENTIEL »



2

ÉDITORIAL

Marina Delgrande
Jordan



3

LES INSTITUTIONS RÉSIDENTIELLES EN SUISSE ROMANDE: COMMENT S'ADAPTER ET SE RÉINVENTER?

Jean Clot

7

SOINS RÉSIDENTIELS ET ÉCOSYSTÈME SOCIAL DE SANTÉ

Alain Morel



11

EXPOSITION

Charlotte Ridou et Robert Fischer



14

INTERVIEW

Pascal Dubrit
par Ann Tharin et Frank Zobel



18

LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE: ADAPTATION FRANÇAISE D'UN MODÈLE TRÈS PRÉSENT AU NIVEAU INTERNATIONAL

Nicolas Bourguignon



22

QUELLE PLACE POUR LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES DANS LE RÉSIDENTIEL?

L'EXEMPLE DE L'ALCOOL

Françoise Kündig

25

PROFILS ET SITUATION SOCIALE DES PERSONNES ADMISES DANS LES STRUCTURES RÉSIDENTIELLES

Nora Balsiger et Ivo Krizic

29

ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE THÉRAPIES RÉSIDENTIELLES DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS: UNE PERSPECTIVE NATIONALE

Franziska Eckmann

ÉDITORIAL



Il y a près de 20 ans déjà, la revue *Dépendances* (N° 24) posait la question du devenir du secteur résidentiel. Depuis, celui-ci a beaucoup évolué, faisant preuve d'adaptation aux changements des modèles de financement et des critères de rentabilité, tout en suivant – et en participant à – la transformation progressive et considérable des représentations collectives des substances psychoactives et des addictions. Toutes les institutions n'ont toutefois pas surmonté cette période de profondes transformations, plus d'une trentaine d'entre elles ayant depuis fermé leurs portes, la Suisse romande ayant été relativement épargnée en comparaison du reste du pays.

Au fil de ses articles, ce numéro retrace l'évolution du secteur résidentiel en montrant que les défis auxquels il a fait face se sont aussi révélés sources d'opportunités pour innover et se réinventer. En effet, de nouvelles offres individualisées et davantage centrées sur les besoins spécifiques de chaque personne ont vu le jour. Le principe de l'abstinence ne constitue désormais plus un référentiel unique et, petit à petit, l'accompagnement s'est approprié le concept de rétablissement, qui accorde une place plus centrale à la personne en la rendant actrice de sa démarche de soins. Car les profils de consommation, les trajectoires de vie et les situations sociales des personnes accompagnées en résidentiel, quel

que soit leur genre, âge ou culture, sont très divers, tout comme leurs ressources et attentes. Et en France, où le résidentiel a lui aussi dû opérer une mue importante, on a vu le renouveau des communautés thérapeutiques, qui empruntent désormais de nouvelles approches, ainsi que le développement d'initiatives où les patient-e-s peuvent sortir ponctuellement de l'institution afin de confronter progressivement leurs acquis au monde extérieur et de s'y exposer.

Actuellement, notre pays compte environ 275 institutions résidentielles aux prestations variées et complémentaires, dont environ un quart en Suisse romande. Leur avenir ne sera pas non plus un long fleuve tranquille, car les enjeux ne manquent pas : accès aux soins quel que soit le profil des personnes concernées, conjugaison des prestations sociales et de soins en dépit de sources de financement distinctes, transdisciplinarité, occupation des lits, besoins croissants en appartements protégés ou supervisés, pour ne citer qu'eux. Or, nous savons que les institutions résidentielles sont indispensables au réseau de prise en charge puisqu'elles offrent, en articulation et complémentarité avec le secteur ambulatoire, un cadre protecteur plus ou moins structuré et ouvert dans lequel les personnes empreintes de grandes difficultés peuvent se mettre à l'abri pour un temps, se ressourcer et bénéficier

d'un suivi adapté. Gageons dès lors que, fortes de leurs expériences et de leur créativité, elles sauront relever les défis qui les guettent, afin de maintenir des prestations qui tiennent compte de la complexité des problématiques d'addiction et de la diversité des chemins de rétablissement possibles.

Marina Delgrande Jordan

LES INSTITUTIONS RÉSIDENTIELLES EN SUISSE ROMANDE: COMMENT S'ADAPTER ET SE RÉINVENTER?

Jean Clot (GREA)

En Suisse, les institutions résidentielles ont passablement évolué au cours des 20 dernières années. Instruments de santé publique efficaces lorsque les problématiques d'addiction s'avèrent complexes, elles se sont adaptées aux pressions économiques et politiques, et ont ajusté leur cadre en le centrant davantage sur la personne. Pour l'auteur, ces défis constituent aussi des opportunités pour innover et se réinventer (réd).

Si l'on trouve en Suisse un éventail d'offres riches et variées en matière de résidentiel, notamment dans la partie francophone, le maintien de ces prestations ne s'est pas réalisé sans difficultés, en particulier du point de vue économique. Alors que leur financement était assuré par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à travers la Loi sur l'assurance invalidité, les subventions fédérales ont été partiellement supprimées à la suite de l'abrogation de l'article 73 de la loi en 2006 et de la réforme de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. À la différence d'établissements médicalisés – dont les prestations sont financées par les assurances maladie – les structures à vocation sociothérapeutique sont financées essentiellement par les cantons. Dans un contexte marqué par l'« ambulatoirisation » et la médicalisation des parcours de soin visant à transférer les coûts sur les assurances maladie privées, ces ajustements structurels ont eu pour conséquence le réaménagement, la fusion ou la fermeture de nombreuses institutions. La Suisse romande a été relativement épargnée, avec un nombre restreint de fermetures au regard du reste du pays durant la seconde moitié des années 2000, soit 4 sur les 59 qui ont fermé au niveau national¹. Une autre particularité romande est une variété et un nombre relativement élevé de structures résidentielles proposant un

accompagnement sociothérapeutique et psychoéducatif en matière d'addiction. On dénombre ainsi 24 structures de ce type dans les 6 cantons francophones sur un total de 55 institutions au niveau national².

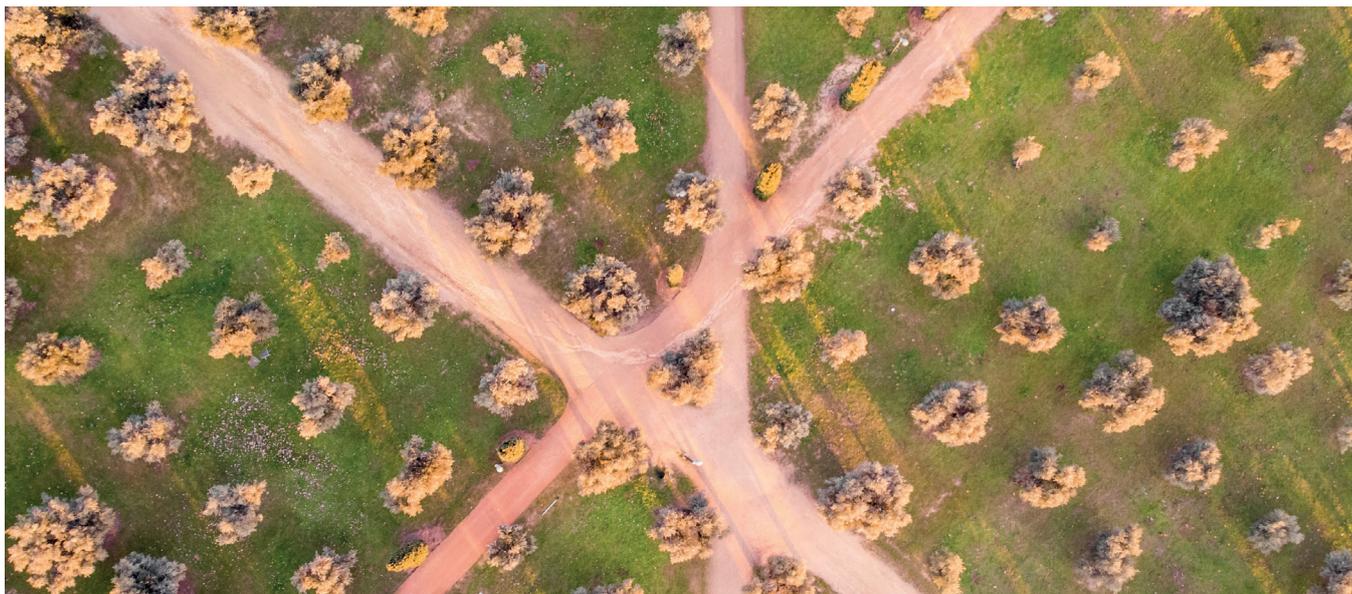
Les pressions évoquées auparavant, qu'elles soient d'ordre économique, politique, administratif, ou encore concurrentiel, constituent aussi un levier d'innovation et de renouvellement, au sens où les institutions doivent faire preuve d'adaptation et de créativité pour relever les défis. Celles-ci se transforment également au gré de l'évolution de la conception et des représentations sociopolitiques des addictions avec une mue considérable dans ce domaine depuis la fin des années 2000.

C'est précisément sur cet aspect que se centre cet article: mettre en évidence les principales transformations qui ont eu lieu au sein des institutions résidentielles, en montrant comment ces dernières sont révélatrices d'un changement de paradigme dans le domaine de l'addictologie, et y compris de nouvelles visions de l'addiction sur le plan sociétal.

VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME

Si certaines caractéristiques sont inhérentes à l'ensemble des structures – par exemple le fait qu'il s'agit de lieux de

*Les pressions constituent
aussi un levier d'innovation
et de renouvellement*



vie où l'on passe en général plusieurs mois au minimum et qui proposent un accompagnement pluridisciplinaire – les offres restent très variées.

Dans certains établissements la dynamique de groupe rappelle plutôt l'hébergement en colocation, alors qu'elle s'apparente davantage à une communauté thérapeutique dans d'autres. Les activités sont parfois axées sur la réinsertion socioprofessionnelle, ou vers l'occupationnel pour des personnes particulièrement vulnérables dont les possibilités de (ré)insertion sont limitées. Des structures optent pour mettre l'accent sur la réduction des risques et la consommation non problématique, alors que d'autres sont attachées à l'abstinence.

La diversité est telle qu'il est difficile d'examiner les spécificités des offres résidentielles au cas par cas, et il convient de les voir sous le jour de la complémentarité, et non de l'opposition. Elles contribuent en effet à élargir la marge de manœuvre et les possibilités d'accompagnement des personnes concernées selon les situations et besoins.

Il est toutefois intéressant de mettre en lumière certains grands principes et valeurs qui font actuellement consensus et sur lesquels les institutions se rejoignent. Héritage du modèle des institutions fermées de discipline, et produit du contexte des dernières décennies du 20^e siècle où la « jeunesse sans drogue »³ ne semblait pas si illusoire, une certaine vision du résidentiel a longtemps prédominé, celle du centre de « traitement » où l'on effectuait un séjour ou une « postcure » à la suite d'un sevrage, et dont la finalité était la réinsertion des personnes dans la société. Il s'agissait de ramener dans le droit chemin celles et ceux qui s'en étaient écarté-e-s, dans un contexte où l'addiction était encore perçue sous un jour très moral, avec une focalisation sur le produit – au demeurant illégal

– au détriment de l'environnement et des déterminants sociaux.

La perspective du « traitement » orienté vers l'abstinence est encore importante, et reste un principe fondamental pour certaines institutions, d'autant plus qu'elle s'inscrit dans des standards internationaux, à l'image de la définition proposée par l'ONUDC et l'OMS, soit que le résidentiel offre un « traitement principalement axé sur l'apprentissage de compétences permettant de contrôler les impulsions afin de maintenir l'abstinence »⁴.

Cependant, ce principe ne constitue plus un référentiel unique, et a progressivement laissé place à d'autres manières de concevoir l'addiction et d'accompagner les problématiques qui y sont liées. Il n'est plus aussi

fédérateur, pas tant pour sa désuétude que devant la nécessité de proposer des prestations qui soient plus en phase avec la diversité des besoins et des situations des personnes concernées, et élargir par là même l'éventail des offres addictologiques.

Un basculement graduel s'est opéré à la fin des années 1990, notamment avec l'introduction de la réduction des risques dans la politique en matière de drogue en Suisse. Cette nouvelle approche contribue à transformer les idées, les conceptions, ou encore les pratiques de prévention et de soin⁵, et laisse également davantage de place à l'autodétermination des personnes concernées.

Même si le phénomène est relativement limité en Suisse, c'est également à cette période que l'on voit émerger dans certains pays européens et anglo-saxons des groupes d'autosupport d'usagers et usagères de drogues qui s'inspirent d'autres mouvements, par exemple des ex-patient-e-s de la psychiatrie, qui s'inscrivent dans la continuité de la lutte pour les droits civiques aux États-Unis. Autonomie, libre choix, engagement contre la discrimination et

*Il convient de voir la diversité
des prestations sous le jour
de la complémentarité, et
non de l'opposition*

la stigmatisation, défense des droits, ou encore valorisation du savoir par l'expérience sont autant d'éléments qui ont contribué à voir l'humain, son parcours et sa singularité, au-delà de l'étiquette de « drogué·e » ou de « toxicomane ».

QUELS TRAITS COMMUNS DANS LA DIVERSITÉ DES OFFRES ?

Le contexte était ainsi propice à l'émergence de nouveaux types d'accompagnement – moins directifs, verticaux et davantage centrés sur la personne – ou à une réorientation des programmes existants. Cette transition survient dans la décennie 2000 et les suivantes durant lesquelles de nombreuses institutions du domaine des addictions, dont celles résidentielles, s'approprient le concept de rétablissement qui avait déjà fait son chemin dans le champ de la santé mentale. Celui-ci consiste en « un processus individuel, intentionnel, dynamique, relationnel engageant des efforts soutenus pour améliorer son bien-être »⁶.

Le fait de reprendre les valeurs et principes du rétablissement, et de mettre notamment l'accent sur le caractère processuel et non linéaire des parcours de soin, correspondait davantage à la réalité du terrain et s'inscrivait dans la continuité des aspects contextuels abordés auparavant, en particulier de la plus grande place donnée aux personnes, à leurs droits, ou encore à leurs aspirations. Cela permettait en outre de s'affranchir de l'« abstinence à tout prix » comme objectif principal. Ainsi, une grande partie des institutions invoquent désormais le rétablissement et la consommation zéro est passée de finalité à moyen, au même titre que la consommation contrôlée, ce qui a aussi permis de s'émanciper de la dichotomie stérile entre ces deux perspectives et méthodes.

Le rétablissement ainsi que la place centrale octroyée à la personne sont deux dimensions centrales que partagent la plupart des structures résidentielles en Suisse romande, au-delà de leurs différences. Il est intéressant d'observer que la terminologie employée par les institutions pour s'autodéfinir, par exemple lorsqu'il est question des missions ou visions, a évolué et reflète ce changement progressif de paradigme. Le « traitement » ou encore la « prise en charge » ont en effet petit à petit laissé la place à l'« accompagnement », à l'« autonomie » ou encore au « rétablissement ».

COMMENT DONNER CORPS À CES CHANGEMENTS ?

Ces transformations ne vont pas sans paradoxes, qui constituent autant de défis. En effet, ces institutions

proposent historiquement un cadre structurant, avec des normes, des règlements, des lignes directrices, des procédures, et une certaine discipline, soit autant de dimensions qui comportent leur part de contraintes. Or, le modèle du rétablissement met plutôt l'accent sur la marge de manœuvre et les choix de la personne : il s'agit d'avancer selon ses possibilités et ressources, à son rythme, et sans pression extérieures.

Comment concilier ces approches qui pourraient paraître, de prime abord, contradictoires ? Les efforts ont porté sur la gestion de l'interface avec l'extérieur. On est passé progressivement de schémas assez rigides avec des règles strictes limitant les sorties, les communications, ou encore les visites, à des approches plus flexibles, ouvertes, diversifiées, et « sur mesure » selon les trajectoires de vie et de soin dans leurs particularités, autrement dit des offres plus individualisées et centrées sur les besoins de la personne. Les modalités du séjour en résidentiel sont en outre davantage concertées avec la personne concernée.

Il s'agit d'une tendance que l'on a pu observer en Suisse romande même si elle n'est pas généralisable à l'ensemble des institutions. Le degré d'ouverture/fermeture varie selon les établissements, avec un cadre réglementaire parfois plus contraignant que d'autres, ce qui est souhaitable, au sens où cela correspond aux attentes d'une partie du public cible. Lors d'enquêtes effectuées par le GREA auprès des personnes concernées⁷, le besoin de discipline, d'ordre et d'un environnement très structuré est ressorti, au même titre que le besoin d'une certaine liberté d'action et de mouvement, par exemple de pouvoir rentrer chez soi un jour par semaine, de pouvoir visiter ses proches ou les recevoir, ou encore de consommer avec modération.

Par ailleurs, se rétablir prend du temps, ce qui n'est pas forcément compatible avec des temporalités prédéfinies et la logique managériale des gestionnaires, organismes financeurs et pouvoirs publics. Plusieurs pistes se dessinent pour surmonter cet obstacle : proposer des prestations modulables, ainsi qu'une meilleure articulation entre les offres résidentielles et d'autres prestations, notamment ambulatoires.

Ainsi, la plupart des institutions proposent un suivi au séjour résidentiel, par exemple sous forme d'« appartements protégés » ou encore de centres de jour, afin de renforcer l'autonomie de la personne dans le premier cas, et de favoriser les interactions sociales tout en maintenant des compétences relationnelles dans le second. Certaines institutions mènent aussi des réflexions de fond sur leur

La consommation zéro est passée de finalité à moyen, au même titre que la consommation contrôlée

Se rétablir prend du temps, ce qui n'est pas forcément compatible avec des temporalités prédéfinies et la logique managériale des gestionnaires

modèle d'accompagnement, en proposant des séjours sans durée limitée dans une optique d'amélioration de la qualité de vie et une approche plus palliative vis-à-vis de l'addiction⁸, ce qui fait écho au courant du rétablissement,

c'est-à-dire une recherche avant tout du mieux-vivre, plus que de la guérison.

Contact: j.clot@grea.ch



ADDICTION | SUISSE

PROCHE D'UNE PERSONNE DÉPENDANTE?

Plateforme pour les proches avec conseils pratiques, vidéos explicatives et informations sur les offres régionales.

Demander et trouver de l'aide

PROCHES-ET-ADDICTION.CH

Notes et références

1. Roduit, P. (2012). Les offres résidentielles en matière de traitement des addictions : Le temps de l'« innovation adaptative ». *Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale*, Yverdon-les-Bains, https://www.grea.ch/sites/default/files/Dossiermai_juin12.pdf (03.05.2023).
2. Guillaume, M. (2022). *Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen Platzangebot und Auslastung der stationären Suchttherapieinstitutionen und deren Angebote im betreuten/begleiteten Wohnen in der Schweiz im Jahr 2021*. Infodrog, Berne
3. Du nom d'une initiative populaire suisse déposée en 1992 et rejetée par le peuple et les cantons à la suite des votations de septembre 1997.
4. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) & Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders — Draft for Field Testing*. Commission on Narcotic Drugs, Fifty-

- ninth session, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP4_V1601463.pdf (03.05.2023)
5. Morel, A., Couteron, J. & Chappard, P. Introduction. In : Morel A (ed). *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. En 22 notions*. Paris : Dunod, 2012 : pp. 1-5
6. Ashford, RD, Bergman, BG, Kelly, JF & Curtis, B. Systematic review : Digital recovery support services used to support substance use disorder recovery. *Human Behavior and Emerging Technologies* 2020 ; 2 : 18-32.
7. Clot, J, Bach, R, & Savary, JF. (2021). *Évolutions et mutations des institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse romande*, 2021, GREA, Lausanne
8. Rappo, JJ. & Stock, N. La consommation non problématique : un concept pour restaurer le pouvoir d'agir en résidentiel. *Dépendances – Le pari du rétablissement* 2020 ; 67 : 6-9

SOINS RÉSIDENTIELS ET ÉCOSYSTÈME SOCIAL DE SANTÉ

Alain Morel (Oppelia, CTR Kairos)

Comment penser la place des soins résidentiels dans le système plus large auquel il appartient et comment adopter une perspective qui réponde aux défis actuels de la prise en charge en coopérant avec les personnes concernées dans une approche transdisciplinaire? Alain Morel trace quelques pistes pour le faire mais aussi pour savoir où l'on se place et à quel niveau l'on intervient (réd).

Un « dispositif de soins » fait d'institutions, d'acteurs et de pratiques, destiné à ce qui a été nommé d'abord la « toxicomanie » et aujourd'hui plus globalement les « addictions » s'est mis en place à partir des années 1970. Les transformations qu'il a connu depuis reflètent les évolutions de l'appréhension collective de la question sociale, culturelle et politique des drogues.

Un premier changement de paradigme, amorcé dans les années 1980-90, a rendu incontournable la réduction des risques (RdR) comme nouveau principe organisateur de l'intervention sanitaire. En posant conjointement celui de l'acceptation de l'usage des drogues, ce changement a ouvert la voie à un projet de transformation sociale basé sur la tolérance, la solidarité et la promotion de la santé. Un peu partout dans le monde, on voit ainsi se déliter lentement la doxa de la « lutte contre le fléau de la drogue » par la répression, la morale et l'abstinence pour laisser place à l'objectif de socialiser les usages ainsi que les usagers et usagères, c'est-à-dire abandonner la pénalisation et inscrire les risques liés aux drogues au cœur de démarches collectives de promotion de la santé.

Ce basculement n'est encore que partiel, mais c'est dans cette dynamique que se retrouvent aujourd'hui un grand nombre d'équipes, notamment dans les soins résidentiels. A contrario, les politiques drogues se refusent à toute perspective de transformation sociale au profit d'un système de décisions descendant, de « gestion des flux », de normalisation médicale des soins et de contrôle social des usagers et usagères. Dans une telle conflictualité entre décideurs et acteurs, il nous revient d'utiliser nos marges de manœuvre sur le terrain pour mettre en pratique nos valeurs et en démontrer la pertinence.

UN BESOIN DE SENS DANS UN ENVIRONNEMENT CHANGEANT

L'émergence de la RdR a été liée à la vague de consommation d'héroïne en Europe et à la pandémie de sida. Ce contexte a brutalement obligé le système de soins à s'orienter vers des réponses plus diversifiées : réseaux de soins « sida-toxicomanie », médecine de proximité et maintien des liens sociaux. Une grande partie des personnes consommant des drogues est « entrée dans le droit commun » par une « filière » médicale centrée d'abord sur la prescription de substituts opiacés. Mais d'autres enjeux sont apparus avec la consommation croissante de cannabis et d'autres drogues chez les adolescent-e-s et les personnes atteintes de troubles psychiques.

Cette conjonction a donné une place nouvelle à la psychiatrie et aux prescriptions de médicaments psychotropes sensés répondre aux diagnostics de « comorbidités » (bipolarité, schizophrénie, anxiété généralisée, hyperactivité) en pleine expansion. De l'intégration de la médecine des addictions dans les soins globaux on est ainsi passé à une institutionnalisation médico-hospitalière de l'addictologie au sein de la psychiatrie. Son approche neurobiologique et comportementale ne se nourrissant d'aucun lien avec la réalité sociale, elle s'avère inopérante sur les déterminants psychosociaux et peu ouverte à une logique systémique de parcours et de rétablissement. Particulièrement lorsqu'elle s'allie, comme actuellement, à une santé publique centralisée, verticalisée, coupée des acteurs de terrain, accumulant les contraintes administratives et se posant en « manager » du système de soin.

Le contexte des usages de drogues se diversifie et voit aujourd'hui une hausse sensible de la consommation de cocaïne, notamment sous forme de crack et avec elle le retour en force de la question sociale : vulnérabilités, iso-

lement, sans-abrisme, stigmatisation mais aussi ratés du lien social, violences, psycho-traumatismes et vécus qui affectent les relations aux autres et la santé. La « toxicomanie de rue », les squats et les « scènes de drogues » réapparaissent, comme aux temps de l'« épidémie d'héroïne » et le système de soins apparaît de plus en plus dépassé, inadapté. Il faut retrouver du sens, repenser le soin et lui donner une nouvelle dimension sociale et interhumaine.

LES SOINS RÉSIDENTIELS PRIS DANS LES CONTRADICTIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES

La partie résidentielle initiale du dispositif de soins – les « postcures » – a été l'une des pierres angulaires du système de soin des années 70-80. Financé en France directement par l'État (et non par l'Assurance Maladie), ce dispositif a aussi été une pièce maîtresse du système médico-juridique de contrôle social des « toxicomanes », à travers un rôle central dans la mise à l'écart avec obligation d'abstinence. Il ne s'agit pas de juger ici les pionniers qui ont le plus souvent conçus ces « postcures » comme des lieux de protection et d'expérience collective, l'une des bases des soins résidentiels d'aujourd'hui. Il ne s'agit pas davantage d'oublier que les équipes se sont souvent interrogées sur les fonctions et articulations de ces lieux avec les autres parties du dispositif de soins. Il faut aussi rappeler leurs difficultés d'adaptation au développement des pratiques en réseau et de la réduction des risques, notamment pour sortir de la contradiction abstinence versus substitution.

En France, plutôt que de soutenir l'adaptation des institutions médico-sociales, les autorités de santé ont jeté le discrédit sur ces structures et en ont fermé un grand nombre. La MILDT¹, inquiète à cette époque du risque du « tout substitution », a néanmoins ouvert une dizaine de communautés thérapeutiques confiées à des associations qui ont su coconstruire un modèle ouvert et échapper à l'opposition RdR/abstinence pour devenir un élément supplémentaire du dispositif de soin². Parallèlement, dans le silence et sans débat, s'opérait un passage en gestion privée lucrative et une « sanitarisant » croissante de nombreuses structures résidentielles en addictologie. Les grands groupes de la santé (Orpea et sa branche Clinica, le Groupe Ramsay générale de santé, et d'autres plus petits) ont emporté de nombreux appels d'offre. Après la razzia sur les établissements pour personnes âgées, ils remplissent leurs « portefeuilles » de Centres de Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie (SMRA) qu'ils appellent « Cliniques ».

Cette fragmentation des dispositifs résidentiels, de leurs fonctions et modes de gestion, ajoutée à leur standardisation progressive comme établissement sanitaire ou social, n'apporte ni diversité ni complémentarité organisée, mais favorise cloisonnement et illisibilité, à l'opposé

de ce dont a besoin le dispositif de soins des addictions : faire système.

LA COHÉRENCE DU DISPOSITIF REPOSE SUR SA CAPACITÉ À FAIRE SYSTÈME

On sait que les facteurs de détérioration des relations sociales (violences, abus, harcèlement scolaire, ruptures, licenciements, détresses, ...) sont impliqués dans les addictions les plus sévères mais aussi dans le développement de maladies chroniques. Selon l'économiste Eloi Laurent³, si on examine les cofacteurs en cause dans le développement de ces maladies, on trouve un ensemble de problématiques comportementales et de pathologies, toutes indéniablement liées au mode de vie et à la dégradation de l'écosystème social : le stress, la dépression, la solitude, le tabagisme, la dépendance à l'alcool, l'abus de sucre, l'obésité, les abus de médicaments, le diabète, la pollution, les inégalités, la pauvreté, les discriminations, les psycho-traumatismes, etc.

Ces « cofacteurs » marquent la vie des personnes « précaires ». Outre les problèmes liés à leur santé et à leur fragilité économique, elles rencontrent des difficultés d'accès aux professionnel-le-s et services de santé, et doivent en plus gérer l'incapacité des intervenant-e-s à se concerter, à considérer la personne dans sa globalité et à respecter ses choix. Les témoignages ne manquent pas sur la faible capacité des soignant-e-s à se relier entre eux comme avec les personnes concernées et leur environnement social.

Cela nous renvoie à nos responsabilités en tant qu'acteurs « intervenant dans le parcours de soin » à sortir de nos « couloirs » institutionnels, à dépasser l'idée de réseaux minimalistes et virtuels, pour se doter de compétences en renforcement de l'écosystème social de santé. Edgar Morin a beaucoup écrit sur ce sujet et montré que ces compétences reposent sur la faculté d'adopter quelques principes⁴. La « reliance » en premier lieu, c'est-à-dire s'atteler à un travail de lien et d'interactions entre les éléments du système social dans lequel s'inscrit l'« actient-e »⁵. Sortir de son « silo » dans un double mouvement : celui d'aller physiquement à la rencontre de l'Autre et de l'accepter avec sa différence. Il formule encore d'autres principes comme l'irréductibilité : l'Autre n'est pas réductible aux catégories ou aux diagnostics portés sur lui, ni à des facteurs qui le détermineraient.

De façon plus concrète, nous y ajoutons la capacité à coopérer et à la transdisciplinarité, c'est-à-dire à créer et réaliser un projet commun dans une relation d'égal à égal où chacun et chacune apporte et reçoit, où la force commune produite est porteuse de mieux-être mutuel. Ces compétences s'apprennent en équipe pour comprendre que le rétablissement n'est pas le résultat de l'action des soignant-e-s mais celui de la personne, autonome dans ses

*Il faut retrouver du sens,
repenser le soin et lui
donner une nouvelle dimension
sociale et interhumaine*

choix et ses interactions avec son milieu⁶. Des approches de type systémique mises au service de l'action en réseau telles que la « clinique de la concertation » ou la « thérapie contextuelle » permettent d'outiller les équipes pour cela.

LA DIVERSITÉ N'A DE SENS QUE SI ELLE RENFORCE L'ÉCOSYSTÈME SOCIAL DE SANTÉ

Dans la perspective systémique, les centres de soins résidentiels sont le contraire d'isolats. Ils sont des lieux de reconstitution des forces et du pouvoir d'agir de la personne, mais leur efficacité ne peut être établie à partir de ce seul critère. Ils doivent aussi contribuer à renforcer, dans le milieu de vie de la personne, un environnement favorable à sa santé et ses liens avec celui-ci. Cela pose la question des « relais » à la sortie de l'établissement, mais aussi celle du maintien du lien, de l'entraide et des appuis dont peut disposer la personne dans son rétablissement.

L'inscription de la structure de soins résidentiels dans un écosystème social de santé suppose d'identifier cet

écosystème sur le territoire et d'en connaître les besoins spécifiques en matière de soins résidentiels. Ces éléments permettent à l'équipe de définir son projet de soin et le cadre qui en découle. Les marges de créativité et de diversité ne sont pas infinies mais restent ouvertes selon les priorités accordées à trois types de relations spécifiques :

- avec les usagers et usagères, leur entourage et leur environnement,
- avec les produits et leurs modes de consommation,
- avec l'écosystème de santé dans lequel il s'inscrit.

Nous avons proposé un modèle destiné à aider à penser les caractéristiques de projets d'établissements de soins résidentiels tournés vers l'avenir et ancrés dans un dispositif global. Il propose sept critères pouvant différencier les structures et leurs projets. Ces critères sont conçus comme des axes permettant de mettre le « curseur » sur une échelle de 1 à 10 entre deux positions contraires. La définition des axes et des contraires est évidemment schématique voire simpliste et peut être aménagée.

Critères définissant les relations avec les usagers et usagères

1. Accessibilité et modalités d'admission

- Tout public et toute addiction versus publics et addictions spécifiques
- Accueil inconditionnel et séjour de transition versus admission sur prescription médicale et sevrage hospitalier préalable

2. Pouvoir d'agir des usagères et usagers

- Reconnaissance des savoirs expérientiels, liberté de choix et coopération versus savoirs professionnels décisionnels, contrôle et observance du cadre
- Présence ou non de pair(s) aidant(s)
- Rôle central ou non de la dimension communautaire et des activités groupales

Critères définissant la relation avec les produits

3. Relation aux consommations

- Abstinence comme objectif et condition d'admission versus régulation et expositions possibles au sein de la structure ou durant le séjour

4. Éloignement

- Mise à l'abri et rupture avec le milieu de consommation versus proximité et organisation du maintien de la relation au milieu de consommation

Critères définissant la relation avec les autres acteurs afin de « faire système » favorable à la santé

5. Nature du projet soignant

- Projet thérapeutique individualisé, coconstruit, psychothérapie, psychoéducation et transdisciplinarité versus mise à l'abri, cadre structuré par des règles de vie, traitement médical, ateliers d'occupation et insertion sociale

6. Durée du séjour

- Quelques semaines avec articulation avec d'autres services et retours possibles dans la structure versus quelques mois jusqu'à deux ans avec moins de relation avec le milieu de vie, sans retour possible

7. Reliance dedans/dehors

- Activités extérieures, accueil et travail avec les familles, les accompagnant-e-s d'autres structures
- Articulations systématiques avec les autres acteurs de l'écosystème de santé versus centrage du séjour sur le dedans et volonté de protection contre le milieu de vie jugé défavorable voire pathogène

Ce « jeu des 7 différences » a pour ambition d'aider les équipes à se positionner dans le cadre d'un dispositif pluriel et cohérent au service des usagers et usagères, et d'un écosystème de santé pensé et « reliant ». Toutes choses qui ne peuvent être définies par les seul·e·s professionnel·le·s mais exigent de réelles concertations avec les personnes concernées et avec les autorités de santé autour d'un état

des lieux des besoins, de l'inventaire de l'existant et d'une programmation d'un dispositif à la fois diversifié, cohérent et efficient. Il y a donc beaucoup de travail mais beaucoup d'espoir aussi, surtout si nous nous relions.

Contact: amorel@oppelia.fr



Journée AI et addictions

Approche interdisciplinaire pour l'accompagnement des personnes concernées

Jeudi 30 novembre 2023
13h00 à 17h30
Maison du Peuple
Place Chauderon 5
Lausanne

Informations et inscriptions: grea.ch



GREAA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Notes et références

1. Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (devenue depuis 2016 Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives).
2. Voir l'article de N. Bourguignon dans ce numéro.
3. Eloi Laurent, « Et si la santé guidait le monde ? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance », *Les Liens qui Libèrent*, 2020.
4. Edgar Morin, « Penser global, l'homme et son univers », Préface Michel Wieviorka, Champs – essais, 2021
5. Terme utilisé sciemment au Centre Oppelia Kairos à la place de « patient·e ».
6. Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, Laboratoire de recherche de Maison Blanche, 2015 ; étude accessible sur le site d'Oppelia Kairos, ww.oppelia.fr

EXPOSITION

Charlotte Ridou et Robert Fischer (Oppelia Kairos)

Le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Kairos accompagne depuis plusieurs années des personnes majeures rencontrant des difficultés de type addictif. Au travers de la mise en place progressive de sorties d'accompagnement et/ou d'exposition à l'alcool, les auteur-e-s nous rappellent la nécessité de construire avec les patient-e-s, appelé-e-s ici «actient-e-s», un cadre adapté et de se renouveler constamment au travers des échanges et de la réalité du terrain (réd).

Le CSAPA Kairos est implanté dans les Yvelines, à Andrésey dans une rue pavillonnaire. L'association Oppelia est propriétaire du bien depuis mars 2009. Après plusieurs mois de travaux pour réhabiliter les locaux du Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR), ce dernier a ouvert ses portes le 16 novembre 2009, avec une capacité d'accueil de 15 places.

Le nom « Kairos » fait référence au dieu et concept de la mythologie grecque qui symbolise le temps opportun, celui qui permet aux humains de se saisir d'une occasion pour changer quelque chose d'important dans leur vie. Dès la création du projet, les séjours ont été pensés comme des temps courts et intenses. Le CTR accueille ainsi des personnes majeures présentant une problématique addictive, qu'elle qu'en soit la nature, pour un séjour « fermé » de six semaines (dit long séjour). Ce dernier peut être complété par un séjour d'approfondissement de trois semaines, environ six mois après le séjour initial.

Pourquoi six semaines ? Pour favoriser l'accès au soin résidentiel aux personnes ayant un travail, des enfants et/ou des personnes à charge et ne pouvant quitter leur quotidien durant une longue période. Durant ce temps, les personnes admises sont invitées à faire l'expérience d'une rupture avec leur contexte habituel et d'une période d'abstinence. Certain-e-s actient-e-s viennent de l'autre bout de la France, d'autres de la Région parisienne.

Les admissions se font tous les 15 jours avec l'arrivée d'un nouveau groupe composé au maximum de cinq personnes. Ainsi, il y a toujours un groupe de nouvelles et nouveaux arrivant-e-s, un groupe en milieu de séjour et un groupe en fin de séjour.

UN PRINCIPE D'ACCOMPAGNEMENT BASÉ SUR L'APPROCHE EXPÉRIENTIELLE

Les personnes accueillies sont appelées actient-e-s. Ce nom a été choisi par l'équipe et les usagers et usagères pour désigner les personnes bénéficiant du programme. Le terme actient-e, contraction entre acteur et patient-e, a été envisagé notamment par l'Assurance Maladie pour mettre en avant le rôle nécessaire des patient-e-s dans leur démarche de soins en qualité d'acteur et d'actrices. Il nous a semblé particulièrement utile de montrer aux personnes accueillies cette dynamique coopérative et expérientielle de nos dispositifs pour leur séjour.

C'est à partir de sa propre expérience et de celle qu'elle partage avec son entourage, que chaque personne peut

« jouir de sa vie » et en atténuer les souffrances. L'approche expérientielle considère que cette interaction entre la personne, son histoire et son milieu est fondamentale pour son développement et pour comprendre des phénomènes comme l'usage et l'abus de substances psychoactives.

Cette approche a pour objectif, que ce soit pour éduquer, prévenir ou soigner, de fournir à la personne des outils

*C'est à partir de sa propre
expérience et de celle qu'elle
partage avec son entourage,
que chaque personne peut
« jouir de sa vie » et en
atténuer les souffrances*



pouvant l'aider à « lire » son propre vécu dans son environnement, à prendre conscience de son pouvoir d'agir sur soi et son contexte, et à être ainsi auteur-e de son propre bien-être. Les stratégies d'action visent ainsi à permettre à l'individu de devenir ou redevenir l'expert-e de son parcours de vie et de rétablissement.

LES ÉVOLUTIONS DU « CADRE » ET DU PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE

À l'origine, les sorties hors les murs non accompagnées par un membre de l'équipe n'étaient pas envisagées, pas plus que la possibilité de recevoir une visite. En revanche, les résident-e-s pouvaient garder l'usage de leur téléphone portable ainsi que d'autres appareils informatiques. L'idée était de favoriser le plus possible un moment d'introspection, avec pour objectif principal de se recentrer sur soi, sur la gestion de ses émotions, de ses dialogues internes et de renforcer la confiance et l'estime de soi. Prendre le temps de réfléchir à son passé et de se projeter dans un avenir plus souhaitable en ayant une meilleure connaissance de soi.

Les premières idées de changement sont arrivées par les personnes accueillies elles-mêmes à travers les réunions du CVS (conseil de vie sociale) notamment. Assez rapidement, les résident-e-s ont mis en avant la pertinence d'aller se confronter seul-e-s à l'extérieur et/ou à leur environnement habituel avant d'y revenir définitivement. Pour pouvoir ainsi bénéficier d'une sorte de sas de décompression avec plusieurs moments de débrief, à la fois en collectif et en individuel, avant le retour à leur domicile.

Après réflexion en équipe, les premières sorties non accompagnées ont commencé, environ un an après

l'ouverture du centre. Leur cadre était : durant le week-end de la cinquième semaine, du samedi 10h au lundi 10h avec comme proposition de continuer d'expérimenter une abstinence comme convenu dans le contrat de départ.

La réalité a montré que les choses n'étaient pas aussi simples et nous avons souvent dû ajuster nos accompagnements à un projet de gestion des consommations avec réduction des risques lors des départs en week-end. Dans cette même idée d'ouverture, la possibilité de recevoir la visite d'un proche a été mise en place durant la quatrième semaine. Cette visite à visée thérapeutique était effectuée uniquement à la demande des résident-e-s et médiatisée par un-e membre de l'équipe.

LES SUITES D'UNE RECHERCHE ÉVALUATIVE

La structure a sollicité un laboratoire de recherche et obtenu un financement exceptionnel de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) pour lancer une étude sur les bénéfices du programme thérapeutique résidentiel de Kairos et l'impact de celui-ci à long terme. Cette étude s'est déroulée sur deux ans, entre 2013 et 2015. Les participant-e-s, sur une base volontaire, s'engageaient à participer à trois entretiens : en début de séjour, en fin de séjour et six mois après la sortie.

Les résultats de cette recherche scientifique ont montré que plus les gens s'étaient sentis protégés, dans un cadre bienveillant, soutenant, sécurisant mais relativement fermé, plus le retour dans leur quotidien s'en trouvait difficile à gérer, le contraste était trop fort et vécu comme « violent ».

Malgré nos intentions, nous mettions en place et entretenions un effet bulle ou cocon qui provoquait, pour les personnes accueillies, la sensation d'être lâchées à la sortie

Nous nous sommes ainsi rendu-e-s compte que, malgré nos intentions, nous mettions en place et entretenions un effet bulle ou cocon qui provoquait, pour les personnes accueillies, la sensation d'être lâchées à la sortie, renforçant un sentiment de solitude devenu plus grand qu'avant leur arrivée.

LES SORTIES AUTORISÉES, ESPACES ENTRE DEDANS ET DEHORS

Suite à cette recherche et à nos constats, nous avons pris la décision de mettre en place des moments de sorties non accompagnées. La première fut proposée à deux groupes mélangés qui de fait étaient à des temporalités différentes de leur séjour, un des objectifs étant que les « ancien-ne-s » soutiennent les « nouveaux-elles ». Le cadre de cette sortie reprenait le règlement intérieur du centre, à savoir l'interdiction des consommations. Un autre objectif était de passer un moment convivial, d'expérimenter des activités reproductibles au quotidien et de gérer des envies de consommation éventuelles en dehors de la structure.

Ces temps ont été bénéfiques pour certain·e·s et ont pu contribuer à sortir de la « bulle résidentielle » en remettant les personnes dans un contexte plus réel. Pour d'autres, ils ont généré des difficultés comme celles de se retrouver dans le vide et d'être rattrapé·e·s par de trop fortes envies.

Si ces moments pouvaient être révélateurs de là où en était la personne, nous avons souvent eu du mal à accompagner les retours dans le collectif de gens sous l'effet de l'alcool essentiellement et mettant à mal les autres résident·e·s. La sortie ne durant que deux heures, les plus vulnérables avaient en effet tendance à rechercher de l'intensité en consommant une grande quantité en peu de temps, se mettant parfois en danger. De même pour le week-end de sortie de la cinquième semaine, un certain nombre de personnes ayant consommé ne revenaient pas au centre, mettant en avant après coup, un fort sentiment de culpabilité, de déception, voire même de trahison vis-à-vis de l'équipe.

CONSTATS ET ÉVOLUTIONS DU CADRE DES SORTIES

Suite à ces constats, le cadre des sorties a été repensé. Premièrement, le week-end de sortie a été déplacé à la quatrième semaine, afin d'avoir plus de temps pour travailler sur les difficultés éventuelles des actient·e·s. Deuxièmement, pour la sortie de deux heures, les gens étaient invités à sortir par groupe de référence (petit groupe de quatre ou cinq) et les consommations n'étaient plus interdites. Ces sorties se sont intégrées, au fur et mesure, au programme thérapeutique comme des temps de préparation à la sortie définitive.

Toutes ces prises de décision, effectuées sur plusieurs années, ont été réfléchies en équipe mais aussi durant de nombreux CVS (conseils de vie social), entretiens individuels et pendant les temps informels nombreux dans le soin résidentiel. Nous avons également échangé et ce à plusieurs reprises, avec des collègues travaillant en résidentiel sur les différentes méthodes qu'ils·elles pouvaient utiliser afin de sortir du clivage dedans/dehors. Malgré tout, nous nous sommes heurté·e·s à de nombreuses résistances, à la fois de la part des professionnel·le·s mais aussi des résident·e·s.

EXPÉRIMENTATION DE TEMPS ACCOMPAGNÉS D'EXPOSITION À L'ALCOOL

Dans le cadre d'une formation « usager·ère·s-professionnel·le·s », toutes ces réflexions entre professionnel·le·s et questionnements des usagers et usagères ont donné naissance à un projet intitulé « accompagnement et/ou exposition à l'alcool ». Durant les premiers mois de l'expérimentation de cet atelier inédit, nous avons continué d'organiser des temps de réflexion toujours entre l'équipe et les actient·e·s.

Pourquoi uniquement l'alcool ? Parce qu'il nous est clairement apparu qu'il est à la fois légal, le plus répandu, le plus facile d'accès et donc le plus consommé durant les sorties. De plus, les personnes ayant terminé leur séjour disaient être confrontées à ce produit sans le vouloir et sans y être forcément préparées ; passer devant les terrasses des bars, invitations chez des ami·e·s et des repas en famille à titre d'exemples. C'est aussi souvent une consommation de compensation à d'autres produits plus difficiles à trouver et plus chers.

*Le but est de recréer un
contexte social qu'elles
peuvent être amenées à vivre
dans leur quotidien*

Cela fait maintenant presque un an que nous accompagnons, par groupe de référence, les personnes qui le souhaitent à une terrasse de café où elles ont le choix de boire jusqu'à deux unités d'alcool ou deux boissons soft. Le but est de recréer un contexte social qu'elles peuvent être amenées à vivre dans leur quotidien.

Afin de préparer cet atelier, un journal de bord est remis aux personnes désirant faire cette expérience une semaine avant l'atelier. Elles peuvent y noter leurs appréhensions, les émotions que cela peut provoquer, les besoins qui y sont associés. Nous terminons par un débrief en groupe dont voici quelques extraits :

- « On a passé un bon moment ! »
- « On est sorti du rôle soignant·e·s-soigné·e·s. »
- « J'ai été surpris·e de boire un ou deux verres et de pouvoir m'arrêter là. »
- « J'ai oublié que j'étais avec des gens ayant un problème d'addiction. »

Depuis la mise en place des sorties autonomes et de l'exposition, nous constatons une diminution voire une absence de décisions de fin de prise en charge pour cause de consommation à l'intérieur du centre. Cet atelier permet de relâcher la pression due à la sortie quant aux relations sociales, familiales et à soi-même, et d'envisager une régulation des consommations sécurisées et pouvant être source de plaisir. Mais au-delà de la substance, cette expérience permet d'avoir une meilleure connaissance de ses fragilités, de ses ressources, de ses capacités et donc finalement de mieux se connaître en s'étant découvert.

Contact : cridou@oppelia.fr et rfischer@oppelia.fr

INTERVIEW

Pascal Dubrit par Ann Tharin (HETSL, HES-SO) et Frank Zobel (Addiction Suisse)

Pascal Dubrit a dirigé pendant 12 ans la Fondation du Levant à Lausanne. Alors qu'il vient de prendre sa retraite, il nous propose un regard sur le passé du résidentiel et des perspectives pour son avenir. Interview menée par Ann Tharin et Frank Zobel (réd).



Frank Zobel : Quel a été ton parcours professionnel ?

Pascal Dubrit : À l'origine, j'ai un brevet d'instituteur. Puis, au début des années 1980, j'ai changé de voie et travaillé cinq ans à la Résidence de l'Armée du Salut, où j'ai fait ma formation d'éducateur. J'ai donc commencé par le très bas seuil, même si à l'époque on ne l'appelait pas ainsi. Il y avait beaucoup d'alcool, de marginaux : les gens renvoyés des Oliviers ou du Levant, qui demandaient l'abstinence, ainsi que des résidents d'autres institutions. Cela laissait pas mal de gens sur le bord du chemin qu'on récoltait dans des foyers comme la Résidence, dont un étage était la première unité de sevrage romande à ma connaissance.

Après, je me suis intéressé au parcours des personnes concernées par les problèmes d'alcool et je voulais changer un petit peu leur trajectoire. J'ai postulé aux

Oliviers, où j'ai été nommé responsable de l'étape de sevrage. C'était une époque différente : il y avait trois maisons et pas encore de grands centres.

Ann Tharin : Les gens avaient déjà fait un sevrage médical ?

Pascal Dubrit : Certains venaient non sevrés et il fallait les sortir de manière douce. La maison était ouverte mais ils n'avaient pas le droit de sortir seuls et devaient se passer d'alcool pendant au moins un mois. Ils étaient suivis tous les jours et ça se passait bien. Je n'ai jamais vu de delirium tremens ni de grand problème. Pourtant, on avait des gens très alcoolisés à l'arrivée.

Aux Oliviers, j'ai fait trois ans comme responsable de cette structure puis j'ai postulé comme assistant social pour voir ce qui se passait avant et après. J'ai fait deux ans dans cette fonction à préparer les séjours et faire les suivis. On ne parlait pas encore de Housing first, mais c'étaient déjà des suivis en appartement.

Ensuite, j'ai ouvert Arcadie à Yverdon, dont j'ai été le directeur pendant onze ans, toujours avec la perspective d'abstinence. Je vais expliquer après pourquoi on avait cette vision. Puis j'ai quitté les dépendances - on ne parlait alors pas tellement d'addictions mais de dépendances - et j'ai travaillé à Lausanne comme responsable du BRIO, le premier dispositif d'indication du canton. Mais, je n'étais pas très compétent et satisfait, et je suis parti diriger un centre d'insertion professionnelle. Pour la première fois, je travaillais sur des projets très constructifs. Parce qu'il faut bien reconnaître que dans les addictions on accompagne des gens pas toujours vers le mieux. Là, je me retrouvais dans le cadre de l'assurance invalidité avec des jeunes adultes en formation puis en réadaptation. C'était une très

belle expérience. Finalement, j'ai été engagé au Levant en 2011 et j'y ai passé douze ans.

Frank Zobel : Pourquoi l'abstinence était-elle si importante à l'époque ?

Pascal Dubrit : Quand j'étais jeune éducateur il n'y avait pas de formation en Suisse. En fait, il n'y avait pas grand-chose. Les médecins s'intéressaient pas du tout aux addictions, à part un ou deux pionniers du côté d'Yverdon ou de Nyon. On allait tous se former en France, à Amiens. C'était une formation assez sympa mais ciblée sur l'abstinence. Elle était donnée conjointement à des pairs - à l'époque on parlait d'anciens -, des psychiatres, des assistants sociaux, des éducateurs, etc. On était mélangé, on ne savait pas qui était professionnel ou pas. On passait quinze jours à réfléchir à notre relation avec l'alcool. La formation disait que l'alcoolique ne pouvait pas gérer car c'était la définition de la dépendance à l'époque. On était tous convaincus de ça et les gens qui entraient à Arcadie ou aux Oliviers arrêtaient de consommer de l'alcool du jour au lendemain.

Ann Tharin : Et la mission institutionnelle c'était quoi, l'insertion ?

Pascal Dubrit : Oui, mais à Arcadie on ne parlait pas d'abstinence mais d'abstention, et cela se fait encore aujourd'hui je crois. Il n'y a rien de moral à l'abstention. L'abstinence a des connotations morales, Croix-Bleue, etc. Nous, on disait « peut-être que vous pourrez consommer, mais abstenez-vous pendant une certaine durée, puis regardez ce qui se passe ». C'est un modèle qui était assez efficace.

Ann Tharin : Tu disais que travailler dans les dépendances n'était pas toujours accompagner les gens vers le mieux ?

Pascal Dubrit : J'ai travaillé trente ans dans les addictions et ce ne sont pas toujours des projets très enthousiasmants dans le sens où - on le voit avec le modèle du rétablissement - on apprend aux gens à vivre avec leur problème. On ne va pas forcément vers une guérison et de moins en moins vers une insertion dans le marché du travail. Il faut que les gens acceptent qu'il y a des limites. Et puis, on s'habitue à vivre avec des gens qui ne vont pas toujours bien. Parfois on a des gens qui vont bien, puis le lendemain ils disparaissent et ils meurent, ou ils rechutent et on les retrouve en prison. On reste dans un registre qui est proche des prisons, de la rue ou du squat.

Ann Tharin : Quand je travaillais en résidentiel, on parlait d'accompagnement à la désillusion par contraste à un projet initial souvent très ambitieux ?

Pascal Dubrit : Moi je n'ai jamais utilisé ce terme mais ça me parle. Je pense qu'on a pris l'habitude d'accompagner les gens dans leur projet, mais parfois les éducateurs ont

de la peine à accepter qu'ils ne peuvent pas éduquer et guérir, qu'ils peuvent juste être présent. C'est un travail immense qui mange beaucoup d'énergie chez l'éducateur, de se dire : « Moi je ne peux pas faire mon métier, je suis juste là. »

Frank Zobel : Quels sont les changements que tu as observé dans le résidentiel et quelle est sa place aujourd'hui ?

Pascal Dubrit : La formation est un changement fondamental parce qu'à présent on a des gens formés. À l'époque, les gens y allaient juste avec leur bonne volonté. C'était souvent proche de la Croix-Bleue, des Alcooliques Anonymes et des questions d'engagement personnel. Il n'y avait que peu de professionnels. Il y avait aussi une vraie guerre entre professions et des filières très séparées entre alcool et drogues. Dans la filière drogues il y avait une banalisation des problèmes d'alcool. Il n'y avait pas non plus de dispositif d'indication, toute cette machinerie qui existe à présent. On est aussi passé de la dépendance à l'addiction, plus l'aspect psychologique que somatique.

Il y a aussi le respect pour les gens qui consomment. À l'époque il n'y en avait pas tellement : si tu veux boire, tu te retrouves dans la rue et c'est normal. Le grand changement qu'on a initié avec mes collègues du Levant c'est de se dire : ce n'est pas parce que les gens consomment qu'ils n'ont pas le droit qu'on s'occupe d'eux. Ce n'est plus seulement l'abstinence, on peut s'en sortir tout en continuant à consommer à moindre risque.

Il y a aussi eu l'arrivée de beaucoup de ressources. J'ai beaucoup initié la collaboration avec la psychiatrie. Moi ça fait longtemps que j'ai fini le combat avec les psychiatres. Il y a désormais un excellent psychiatre au Levant et c'est en travaillant comme ça, très proche avec la psychiatrie, avec les soignants, avec les éducateurs, que ça marche.

Ann Tharin : Vous vous y retrouviez en termes d'interdisciplinarité, entre la vision sociale et médicale ?

Pascal Dubrit : On s'y retrouve mais c'est plus lié aux personnes qu'aux fonctions. Si tu as un psychiatre qui respecte les éducateurs, ça fonctionne. Ce n'est pas toujours le cas. On le voit dans les réseaux : les psychiatres ont parfois de la peine à se déplacer, à libérer du temps pour des raisons que l'on peut expliquer.

Ann Tharin : Il n'y avait pas d'enjeux financiers par rapport aux prestations ?

Pascal Dubrit : Non, parce qu'on a trouvé des combines. Il faut être futé - je ne dis pas que je le suis - mais je dirais que l'institution a pu trouver des moyens de financer les prestations. La perméabilité entre les prestations ça permet de les financer.

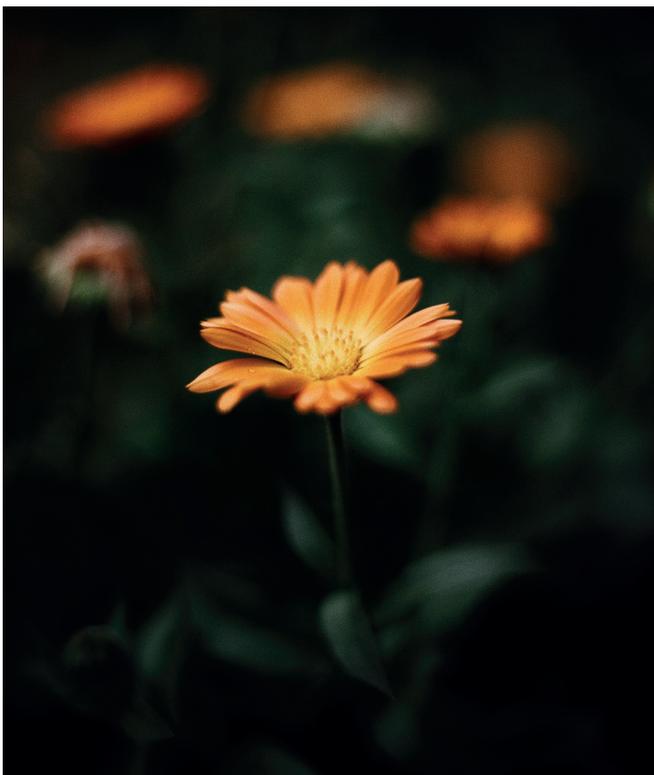
Ce n'est plus seulement l'abstinence, on peut s'en sortir tout en continuant à consommer à moindre risque.

J'ai beaucoup critiqué le canton, mais il s'est aussi donné les moyens de contrôler un petit peu ce qui se passait. Quand j'étais jeune éducateur, il y avait Narconon et le Patriarce. On était proche des sectes. Le Levant à l'époque de Pierre Rey fonctionnait parfois comme une secte. Avec l'Armée du Salut et la Croix-Bleue tout était lié à la religion, au spirituel. On laissait faire un petit peu parce que personne d'autre ne voulait s'en occuper. À présent, on a des organismes de contrôle du résidentiel que j'ai parfois critiqués mais qui permettent d'éviter des dérives. On doit être contrôlé parce qu'on a des résidents qui sont dépendants des éducateurs. Si l'institution n'est pas vigilante, il y a des gros risques de dérapage.

Frank Zobel : Aujourd'hui tu lui donnes quelle place au résidentiel par rapport à l'ambulatoire ?

Pascal Dubrit : Je pense que le résidentiel doit être en soutien du domicile et de l'ambulatoire. Il devrait être rattaché. On devrait suivre les gens à domicile et, quand ça se passe mal, utiliser le résidentiel. Je ne suis pas convaincu que le résidentiel tel qu'il est doit se substituer à l'ambulatoire et au domicile. Il devrait toujours y avoir une possibilité de domicile, il faut trouver un appart, il faut du Housing first.

Il faut aussi séparer les choses : Il y a le résidentiel qui est du logement et celui qui est du traitement. Je n'aime pas le mot traitement qui n'est pas très « rétablissement compatible », mais je fais exprès de l'utiliser. Le problème, c'est le mélange. Ce sont des gens qui restent parce qu'ils ne savent pas où aller. On a des longs séjours ce qui n'est pas très bon. L'avenir du résidentiel ce sont des séjours plus courts avec des objectifs plus clairs, en soutien d'appartements.



Dans le résidentiel vaudois on a des établissements psychosociaux médicalisés et des établissements socio-éducatifs. Il faudrait que les prestations soient plus différenciées : telle institution fait du bas seuil alcool et telle autre du bas seuil drogue, telle du haut seuil alcool et telle autre du haut seuil drogues. Là ça devient intéressant.

Actuellement, tu as des établissements sociaux éducatifs qui font des prestations de santé mais qui ne facturent pas à la LAMal. Tu as des établissements qui sont fondés autour de LAMal, c'est les EPSM, et des cliniques qui facturent aussi à la LAMal. Je pense qu'il y a une réflexion à faire au niveau du financement, parce que ce n'est pas normal que des prestations de soins ne soient pas facturées à la LAMal. Dans le canton de Vaud, la filière psychiatrique en a pris conscience et on lui finance aussi des prestations sociales.

Tu retrouves les mêmes problèmes de financement dans l'ambulatoire. Pour l'alcool, tu as des suivis gratuits financés par la dîme, entre autres. Donc, si tu as un problème d'alcool, tu vas te faire soigner gratuitement. Mais si tu as un problème de drogue il faut facturer à la LAMal et ce n'est pas gratuit. On a eu des personnes qui ne voulaient pas venir au CAP parce qu'elles ne voulaient pas être annoncées à leur assurance. Donc, on a un problème de financement global. Qu'est-ce que la LAMal paie et qu'est-ce que le canton paie en suppléance ?

Tu prends les soins à domicile, c'est la même chose. Tu prends le Housing first, idem. T'as une partie LAMal quand c'est des infirmiers et une partie cohésion sociale quand c'est des éducateurs. C'est immensément compliqué. Je pense que l'avenir c'est de simplifier le financement des prestations et d'avoir une forme d'établissement médico-social où il y a toujours de la prestation médicale ou des soins, et donc toujours une facturation à la LAMal, et à côté des prestations sociales. Puis des séjours avec des objectifs de courte ou de longue durée.

Je suis convaincu que le résidentiel a un avenir dans des séjours de courte durée avec des objectifs très clairs, avec des financements qui sont plus simples, et en soutien du domicile.

Ann Tharin : Il y a 10-15 ans, les services sociaux ou les assurances sociales refusaient de financer plusieurs séjours : c'est toujours le cas ?

Pascal Dubrit : Récemment, on a proposé au canton qu'on n'embête pas les résidents le premier mois de séjour. On a eu quelques fois des demandes de gens qui prenaient beaucoup de cocaïne, qui étaient en emploi, et qui ne pouvaient pas venir chez nous parce que le canton ne les prend pas en charge. On a donc essayé de négocier un mois. Je pense que la question de l'accessibilité est centrale, ça fait 30 ans que je le dis.

À l'époque, le système d'indication EVITA était intéressant et assez motivationnel. À présent, il est trop compliqué.

Ce sont des marches trop hautes. Ils ne le font pas exprès mais c'est trop compliqué. Il faudrait pouvoir dire aux gens : vous avez besoin de vous poser un mois, vous venez ? Et ce mois il est pris en charge. Ce sera toujours moins cher que la prison ou l'hôpital. Le canton est devenu extrêmement compliqué dans les financements des prestations.

Frank Zobel : Récemment, tu as mentionné la pression qu'il y avait sur les institutions résidentielles. Tu parlais des aspects de financement ?

Pascal Dubrit : Il y a les questions de financement mais comme ailleurs. Tu prends les hôpitaux, ils sont mis en concurrence et traités comme une entreprise. Le résidentiel aussi : si tu as quelques places qui se libèrent tu es remis en question l'année suivante. On a un problème de planification et de vision à moyen terme. La pression sur les directions, elle est là.

Elle est aussi sur les risques qui ne sont pas toujours partagés. On a des gens qui peuvent mourir et j'ai des collègues directeurs qui ont été attaqués par les familles. On a eu de la chance : en douze ans, il y a eu deux overdoses au Levant et on n'a pas été attaqué, mais on aurait pu. En tant que directeur, médecin responsable ou directeur de l'hébergement, tu dis « ok, il peut venir », mais tu ne sais jamais le risque que tu prends. On a parfois des gens qui ont des armes et on va nous dire « mais vous ne les avez pas fouillés » ? Il suffit aussi que quelqu'un file à la Riponne, revienne sans se faire voir par le veilleur et le matin il ne se réveille pas. C'est ça aussi la pression. On a des missions qui sont difficiles et donc ces risques devraient être partagés. Les directives permettent au canton de se protéger mais c'est souvent impossible de toujours les appliquer.

Je ne sais pas si c'est une bonne idée de mettre les gens qui vont mal dans le même endroit. Je suis plutôt convaincu qu'il faut leur proposer des appartements un peu partout dans le canton. Les populations dont on s'occupe sont mieux à domicile qu'en résidentiel, il y a moins de risques.

Frank Zobel : Tu as dirigé le Levant pendant douze ans. Comment était-ce et qu'as-tu essayé d'y faire ?

Pascal Dubrit : Au Levant, ils étaient désemparés. Le fondateur était parti, les deux codirecteurs avaient été virés et le suivant aussi. Ces crises ont fait que les collègues ne s'attendaient à pas grand-chose, ils étaient juste désemparés.

Très vite, on a réfléchi sur deux axes : on a lancé le projet sans-abrisme avec Martine Monnat et invité nos amis de Bartimée, des Oliviers, etc. Puis on a posé un truc : qu'est-ce qui se passerait si on mettait en appartement des gens qui consomment et qu'on ne leur demande rien du tout ? C'était les prémices du Housing First. On a fait un super travail. Il y a eu un super rapport écrit par le GREA, qui

a été un peu enterré même s'il a permis d'obtenir des résultats par la suite.

On a aussi questionné le résidentiel. Au Levant, il n'y avait pas de punitions mais des mesures genre mise à la porte de trois jours. C'était un peu dramatique. Si vous lisez le petit livre autour du Levant, Pierre Rey était issu du domaine pénitentiaire. Le Conseil de fondation d'alors comprenait des présidents de tribunal et c'était novateur à l'époque : plutôt que de mettre un toxicomane en prison on le mettait au Levant. On est resté avec un vocabulaire très pénitentiaire. Moi, cela ne m'a pas plu. Très vite, on a dit : il faut qu'on change de vocabulaire et que les éducateurs changent de posture. C'étaient les prémices du rétablissement avant que ce mot soit à la mode. En 2015-2016 on est parti sur une vraie appropriation du rétablissement. Pas une couche de vernis mais une transformation du directeur au résident. On a fait des groupes de travail à tous les niveaux et c'était vraiment intéressant. Il y a eu des rechutes parfois parce qu'un éducateur éduque et un infirmier soigne. Il faut leur rappeler des fois que ce n'est pas tout à fait ça l'esprit du rétablissement. C'était le gros travail et je crois avoir pu réunir les forces pour faire ça.

Pour le sans-abrisme c'était du logement en appartement. On a travaillé avec ABS et avec la psychiatrie communautaire pour faire un Housing first qui soit ouvert et pas dogmatique. L'autre grande ouverture ce sont les soins à domicile. Là aussi on s'est donné les moyens d'en évaluer la pertinence et de monter le projet. Les deux ont été menés par Cédric Perriard qui m'a succédé à la tête du Levant. J'ai eu la chance de l'avoir parce que c'est parfois difficile de trouver des gens capables de mener de tels projets.

La perméabilité des services est importante au Levant : on peut passer du Soleil Levant au *Housing first* mais aussi revenir en arrière. On peut introduire les soins à domicile. Voilà les avantages. On était aussi conscient que le résidentiel doit diminuer un petit peu. Je pense qu'il y a trop de lits dans ce canton.

Il y a aussi des rapprochements à opérer. Je ne parle pas de fusions mais de rapprochements, de programmes à mettre ensemble. La question se pose par exemple au niveau de l'insertion. Les résidentiels doivent-ils être un lieu d'insertion ? Historiquement, on le faisait parce qu'on trouvait du job mais les choses ont changé et la population n'est plus du tout la même. Aujourd'hui, le marché de l'insertion est énorme avec plus de septante structures qui font partie d'Insertion Vaud. Il y a peut-être des structures qui ne sont pas tout à fait adaptées à la population du Levant ou des Oliviers, mais je pense que c'est bien qu'il y ait d'autres structures qui s'occupent de l'insertion.

Ann Tharin et Frank Zobel : Merci beaucoup pour cet entretien.

Je pense que la question de l'accessibilité est centrale

LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE: ADAPTATION FRANÇAISE D'UN MODÈLE TRÈS PRÉSENT AU NIVEAU INTERNATIONAL

Nicolas Bourguignon (CEID-Addictions)

Alors qu'elles ont longtemps fait l'objet d'un rejet en raison de leur caractère directif et de leur dimension religieuse, les communautés thérapeutiques connaissent renouveau dans lequel approche communautaire, outils de la réduction des risques et de l'addictologie moderne se combinent. La France joue un rôle précurseur dans ce domaine, comme le montre notamment un projet mené dans la région bordelaise (rééd).

Les communautés thérapeutiques (CT) pour personnes qui consomment des drogues sont apparues aux États-Unis à la fin des années cinquante¹. Initiées par d'anciens usagers et usagères dans un contexte de manque de ressources du système de santé, elles ont connu un certain succès pour progressivement devenir un « mouvement ». Le modèle s'est défini petit à petit en intégrant des rapports hiérarchisés construits qui s'appuient sur une organisation structurée, des règles cardinales, et un processus thérapeutique programmatique. Les CT ont essaimé à travers le monde y compris dans plusieurs pays européens.

En France, les rares expériences d'approche communautaire ont été développées au début des années 1990 sans toutefois séduire le secteur spécialisé des soins liés aux drogues. Les professionnel-le-s français-es étaient alors occupés à intégrer des traitements de substitution et organiser des actions de réduction des risques (RdR). Ces évolutions, qui n'étaient pas sans débats (médicalisation, dogme de l'abstinence), n'ont pas ouvert de brèche vers le soin communautaire. Le caractère directif, voire coercitif, et les inspirations comportementalistes des CT semblaient alors en contradiction avec les inspirations des acteurs du champ. À cela s'ajoutait la dimension spirituelle et parfois religieuse de certaines expériences nord-américaines, qui s'est ensuite diluée avec la dissémination géographique du modèle.

Culturellement, la logique communautaire, de différenciation d'un groupe, est opposée au principe d'égalité et à une logique universaliste intégratrice du modèle républicain français. Le communautaire est vite considéré comme synonyme de communautarisme, de menace pour la cohésion sociale et le « vivre ensemble ». Une expérience menée par l'association Le Patriarche avait d'ailleurs validé cette vision en basculant vers une dérive sectaire reconnue par les tribunaux français.

LA RÉÉMERGENCE DES CT EN FRANCE

Le virage ambulatoire des années 1990 a conduit une majorité de centres résidentiels - de type post-cure - à fermer leurs portes ou à faire évoluer leurs pratiques. À l'inverse, les centres ambulatoires se sont développés pour devenir le premier niveau d'accompagnement. C'est sans doute le mouvement de médicalisation du secteur et le succès des actions de RdR qui ont ensuite créé, au début des années 2000, une fenêtre pour le modèle des CT. En réponse aux débats sur l'évolution des traitements liés aux drogues, le législateur a en effet souhaité donner une visibilité aux dispositifs faisant davantage que de « limiter les effets collatéraux » et répondant aux « effets pervers »² de la nouvelle politique. Cette volonté de rééquilibrage avait en ligne de mire les CT et reflétait les oppositions entre soin et réduction des risques.

Le lancement d'un appel d'offre accompagné d'un cahier des charges pour les CT a ensuite constitué

une reconnaissance officielle des expériences de type communautaire. En 2011, onze CT accueillant de 30 à 35 places chacune ont ainsi été créées ou simplement reconnues. Un côté anachronique de ce modeste revirement était que les séjours pouvaient être deux fois plus longs que ceux jusqu'alors pratiqués en France (24 mois au lieu de 12), à contre-courant des considérations qui avaient accompagné la fermeture de lits et le virage ambulatoire. Cela destinait aussi les CT à l'accueil des situations les plus complexes.

UN NOUVEAU MODÈLE

Même si l'abstinence reste au cœur du projet des CT, à la fois condition d'admission (et de maintien en séjour) et finalité, un ensemble d'évènements vont, durant leur période de lancement, favoriser la création d'un nouveau modèle d'accompagnement : la RdR intègre la politique de santé publique suite à une évaluation positive par l'Inserm : le DSM-5, outil de diagnostic en psychiatrie, fait évoluer la définition de l'addiction vers la notion de trouble de l'usage et non plus de dépendance : le dogme de l'abstinence, encore très présent mais remis en question par les intervenant-e-s, s'efface au profit d'une acception élargie de la consommation : l'accompagnement en addictologie, nouvelle discipline centrée sur la personne avec ses attentes et expériences, introduit des objectifs différenciés.

À l'origine, les CT s'appuient sur une approche empirique basée sur les expériences vécues par des ex-usagers et ex-usagères, à contre-courant du discours inspiré par la santé publique suivant la logique de l'« Evidence Based Medicine » qui a cours dans les administrations en charge de l'organisation des soins. Le défi était alors d'inventer une approche mixte. Le soin dans les établissements de santé français a connu un grand bouleversement avec la loi 2002-2 consacrant « le droit des usagers » qui requiert notamment de concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accompagnement. Le fonctionnement strict des CT, mais aussi la valeur supérieure du groupe, ont ainsi dû faire l'objet d'adaptations dans le cahier des charges des nouvelles entités.

Historiquement, les CT se sont construites autour d'interactions sociales structurées et d'une organisation hiérarchisée qui n'ont de sens que dans un microcosme. Les anciennes et anciens rétablis étaient d'ailleurs invités à recréer de tels espaces ailleurs mais cette fois en qualité de « staff ». L'image d'établissements fermés, avec parfois des fonctionnements intrusifs et coercitifs, inflexibles et totalitaires, a ainsi collé aux CT. L'apparition du modèle en France a donc aussi été accompagnée de méfiance menant à un certain isolement.

Conscientes de ces écueils, les CT françaises ont fait le choix de se retrouver régulièrement pour travailler sur les ajustements nécessaires d'un modèle dans un autre environnement culturel et réglementaire, et son ancrage dans le paysage du soin des addictions. Pour cela, il fallait une ouverture nécessaire sur leur environnement. Une CT n'est en effet pas une fin en soi puisque les résident-e-s n'ont pas forcément de support communautaire postérieur. L'expérience CT se positionne dès lors comme un lieu d'apprentissage et de première expérimentation. Le lien avec l'extérieur, par des jeux d'aller et venues croissants, permet alors de s'éprouver, de se transposer.

Le résident, durant son parcours, acquiert des outils et confronte des acquis du milieu expérimental à la vie extérieure, de la CT à la Cité.

Le défi était alors d'inventer une approche mixte

Les CT « traditionnelles » proposent comme ressource thérapeutique un accompagnement centré sur le groupe (« Community as a method ») et les traitements (notamment psychiatriques et de substitution) n'y sont pas proposés. Le succès de la substitution en France et l'accueil de publics parmi les plus complexes (souffrant de comorbidités psychiatriques) ont conduit à l'intégration d'une présence médicale et de traitements dans le cahier des charges des CT.

UNE EXPÉRIENCE CONCRÈTE

Une partie de l'équipe du CEID³ était intriguée par l'approche communautaire à la suite de diverses rencontres sur le sujet⁴. « L'hôtel thérapeutique » du CEID avait aussi été inspiré par les communautés hippies de l'époque style Haight-Ashbury⁵. Il y avait une conviction que l'outil CT - l'entraide par les pairs et un apprentissage autour de ce que l'on nomme aujourd'hui les compétences psychosociales – pouvait permettre une déstigmatisation et une approche motivationnelle plus naturelle.

Notre regard sur le modèle historique des CT, éloigné de la philosophie de l'association, n'était toutefois pas différent de celui de nos confrères.

Au CEID l'abstinence n'a jamais été considérée comme finalité absolue d'un soin en addictologie. Il s'agit plutôt d'atteindre une situation jugée satisfaisante par la personne, une meilleure qualité de vie.

Au CEID l'abstinence n'a jamais été considérée comme finalité absolue d'un soin en addictologie

Pour avoir le bénéfice du communautaire, il fallait y intégrer une approche plus démocratique ainsi qu'une personnalisation de l'accompagnement. Pour adapter le modèle, nous nous sommes orientés vers un modèle hybride devant conjuguer méthodes traditionnelles et addictologie « moderne ». Le cahier des charges officiel a repris les incontournables du modèle d'accompagnement, incluant la place centrale du groupe dans la dynamique thérapeutique et le fonctionnement de l'établissement, l'intégration de groupes de parole et le travail sur les

émotions, les phases avec l'idée d'une hiérarchie lisible où les plus anciens et anciennes sont davantage responsabilisé·e-s, une approche programmatique et un planning structuré. Nous avons déterminé qu'il fallait considérer ces invariants tout en faisant évoluer le fonctionnement avec le droit des usagers et usagères comme repère. La personnalisation du séjour (objectifs, outils des entretiens individuels, rythme, sorties...), l'adaptation du fonctionnement selon l'expression des usagers et usagères ainsi que des retours d'expériences, et l'intégration de la liberté d'aller et venir en étaient les principaux appuis.

Une équipe de professionnel·le·s du social et du médical a été créée en intégrant dès le départ la possibilité de prescriptions médicales et l'introduction d'entretiens individuels. La personnalisation se fait au regard des besoins exprimés et considère le travail individuel comme un espace d'ajustement des apports de l'approche programmatique. Les rechutes et re-consommations font partie d'un processus de soin et entraînent une responsabilité dans l'accompagnement, particulièrement dans un établissement ouvert sur l'extérieur. Nous avons donc intégré une approche et des actions de réduction des risques au sein d'un établissement tourné vers l'abstinence. Les périodes d'arrêt ou de modération ont un impact sur la tolérance et peuvent en effet conduire à des risques de surdose.

*L'addiction étant
multifactorielle et chaque
personne étant différente, il
s'agit de s'adapter*

Ces développements se sont faits en lien avec la culture associative, résolument tournée depuis des décennies vers une approche intégrative dans laquelle accompagnement thérapeutique et RdR sont présents dans un même continuum. Nous nous sommes inspiré·e-s de la philosophie qui caractérise l'approche de la RdR en s'appuyant sur les attentes des personnes concernées, leur expertise et sur le non jugement.

L'abstinence est l'objectif à atteindre en CT à travers divers apprentissages et mises en situation dans l'espace communautaire, et de confrontation sur l'extérieur.

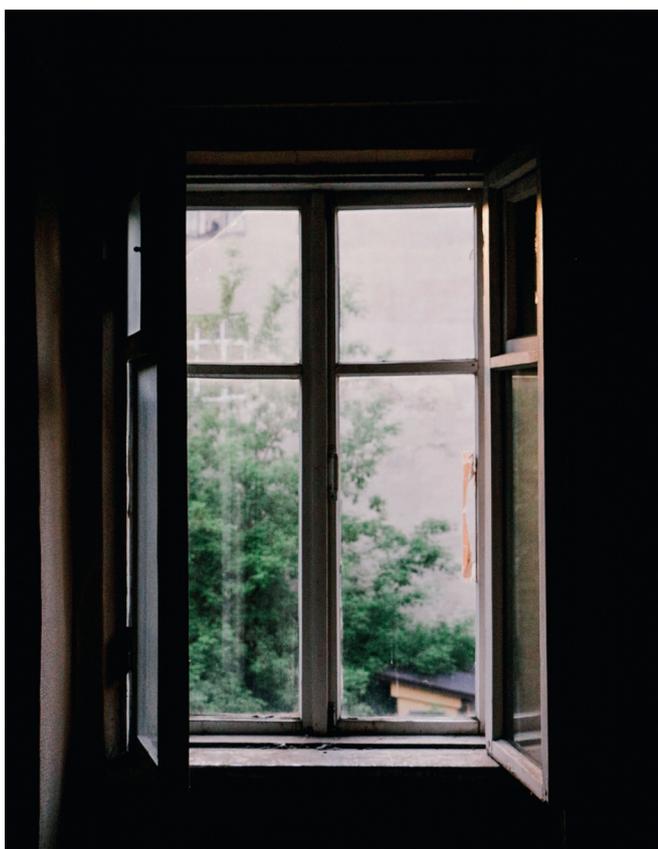
La re-consommation ou la rechute sont des situations classiques qui requièrent un discours et une pratique spécifique. Il s'agit ici, et c'est impérieux, de faire de cette expérience souvent douloureuse une étape du parcours mais surtout pas un élément de renforcement négatif.

Une réaction négative d'une équipe spécialisée (ou de pair·e-s) équivaut pour la personne à un sentiment d'évolution impossible. Nous avons ainsi intégré la notion d'équifinalité dans la poursuite de l'abstinence. L'addiction étant multifactorielle et chaque personne étant différente, il s'agit de s'adapter et d'accepter que, pour arriver à une même finalité, chacun·e peut passer par un cheminement différent, même au sein d'un espace collectif avec des activités identiques.

Les personnes atteignent l'abstinence sur la base de différentes stratégies et en suivant différents chemins. Dans notre établissement, les consommations peuvent continuer à avoir lieu pendant un temps nécessaire aux changements recherchés par la personne et selon certaines conditions (non mise en danger des autres, absence de signes visibles de consommation...). Nous avons découvert que cette posture était possible à partir du moment où nous avons construit un discours, une logique globale et des outils. Nous avons ensuite constaté chez les résident·e-s un glissement d'un discours de jugement à des réactions de soutien, de protection et de volonté de non-exclusion.

Le groupe d'appartenance, la communauté, (re)devient ainsi un levier dans l'accompagnement, apporte source de motivation, entraide dans l'échange d'expériences partagées. Ce passage est celui d'un environnement où l'on se regarde, se scrute, à un autre où l'on construit une conscience collective, pour créer une solidarité. Un changement pour le groupe et, dans un même mouvement, pour chacun des individus.

Les CT françaises évoluent en permanence et l'approche communautaire répond à de multiples attentes et enjeux actuels du secteur. Quinze ans après leur création, le CT semblent passer de l'anachronisme à être « tendance » ! Loin de l'image « abrasive » liée au poids du groupe sur l'individu, les CT françaises ont intégré la prise en compte des attentes personnelles des usagers et usagères. Ce



croisement des approches a conduit à une logique du développement du pouvoir d'agir et des compétences psycho sociales. Le discours sur l'abstinence évolue davantage vers une expérience qu'une finalité. La place donnée à la parole et aux attentes rapproche des considérations liées au concept de rétablissement qui, en France, trouve un écho important en santé mentale et dans le champ de l'addiction.

Comme elles s'intègrent au champ médico-social, les CT doivent réglementairement s'appuyer sur des équipes qualifiées. La possibilité et les conditions d'intégration d'ancien-ne-s résident-e-s sont toutefois prévues dans

les cahiers des charges, ce qui constitue une première en France, et préfigure une approche avec des équipes mixtes. Cette réalité concerne une majorité des CT actuelles dans un contexte d'émergence de la pair-aidance. Cette expérience concrète et réelle contraste avec d'autres qui peinent à la rendre opérationnelle.

Le modèle des CT françaises se développe ainsi vers une offre d'expériences croisées qui renforcent de manière durable l'autonomisation, la déstigmatisation et la socialisation.

Contact : n.bourguignon@ceid-addiction.com



1700 enfants naissent chaque année avec des TSAF* en Suisse

Les dommages qui peuvent résulter d'une exposition prénatale à l'alcool affectent souvent lourdement la vie des personnes concernées. La plateforme grossesse-sans-alcool.ch met à disposition des professionnel-le-s un choix d'outils pour en parler et mieux soutenir les personnes concernées.

grossesse-sans-alcool.ch/espace-pro

* Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale



Illustration : www.groselle.ch

Notes et références

1. Synanon fondée en 1958 par Chuck Dederich.
2. Rapport de la commission d'enquête du Sénat, Drogue : l'autre cancer, rapport n° 321 (2002-2003), tome I, déposé le 3 juin 2003..
3. Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions.
4. Une délégation du CEID se rendit à la Première Conférence mondiale des communautés thérapeutiques qui se tint en 1976

à Norrköping (Suède), plusieurs membres du CEID firent partie de la délégation française qui se rendit à la 2ème Conférence internationale des CT qui se tint à Montréal en août 1977. De même le CEID était présent et intervint au colloque de Menton en juin 1978 et au 3ème Congrès international des CT qui se tint à Rome du 17 au 23 septembre 1978 (CIPAT-Section des CT et Centro italiano di Solidarietà).

5. Quartier de la ville de San-Francisco qui fut dès les années 1960 un haut lieu de la culture hippie

QUELLE PLACE POUR LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES DANS LE RÉSIDENTIEL ? L'EXEMPLE DE L'ALCOOL

Françoise Kündig (Fondation Esterelle-Arcadie)

L'article invite à la considération des différences fondamentales entre les individus, notamment entre les hommes et les femmes. Car accompagner, c'est aussi pouvoir accueillir avec bienveillance l'unicité et la réalité de chacune et chacun (réd).

Il existe un large débat quant à la place des femmes dans le domaine des addictions, et plus précisément dans le milieu résidentiel. En médecine, l'homme blanc en bonne santé a pendant longtemps été pris comme référentiel dans les recherches cliniques, et les résultats généralisés à des populations pourtant bien différentes. Ce n'est que récemment que les différences (génétiques, hormonales, anatomiques) entre le sexe biologique et le genre, c'est-à-dire les comportements attendus par la société, ont timidement pris leur place dans la médecine occidentale, notamment au niveau de la prise en charge¹. La médecine reste toutefois le reflet de la société et les inégalités entre hommes et femmes demeurent une réalité, même s'il existe une volonté d'offrir une prise en charge adaptée et sans discrimination de genre.

Faut-il alors, oui ou non, différencier les addictions féminines des addictions masculines ? Il faut reconnaître et déplorer la discrimination sociale et culturelle qui rend les chemins de vie des femmes plus difficiles. Les femmes sont discriminées quand elles se destinent à devenir mécaniciennes, cheffes d'orchestre, sénatrices, membres d'un conseil d'administration, ou même seulement quand elles aspirent à gagner le même salaire qu'un homme pour un emploi identique.

Mais combien de femmes ont une problématique d'addiction à l'alcool ? En résidentiel, nous savons que cela représente à peu près 30%² alors qu'en ambulatoire

on parle parfois de la moitié³. Malgré l'évolution de notre société, ce chiffre n'évolue guère alors que l'accessibilité aux soins, la connaissance de la maladie, l'égalité homme-femme pourrait nous amener à penser que la prise en charge des femmes en résidentiel suit cette évolution, et pourtant pas. D'où peut donc venir cette différence ?

AU-DELÀ DES DIFFÉRENCES SOMATIQUES, UNE DIFFÉRENCE DE REGARD(S)

Sur le plan physiologique, la femme n'est pas égale à l'homme, notamment au niveau du rapport eau/graisse, qui amène un taux d'alcoolémie plus élevé à poids égal. Elles peuvent donc développer des cirrhoses du foie d'origine éthylique avec des volumes d'alcool qui peuvent être considérés à faible risque pour les hommes. Les effets de la consommation et les conséquences de celle-ci seront donc plus rapides chez la femme.

Les représentations ont aussi la vie dure. Le regard est certes moins jugeant qu'il y a 20 ou 30 ans lorsqu'on observe des jeunes filles consommer de l'alcool. Mais, si la manière actuelle de consommer des femmes se rapproche de celle des hommes, elles vont souvent boire en public lorsque la consommation reste festive, et le feront seules et en cachette lorsque celle-ci commence à poser des problèmes. Mon expérience dans l'accompagnement des femmes est que je les ai rarement vues consommer en société lorsque leurs consommations devenaient problématiques. Sans vouloir stigmatiser, ni en faire un dogme, la honte n'est pas à genrer ; si beaucoup d'hommes

ayant une problématique avec l'alcool l'expérimentent, c'est probablement de manière moins violente que les femmes.

En 2023, l'alcool est autorisé aux femmes mais pas encore la dépendance à l'alcool. Les hommes sont souvent dans le déni et la minimisation de leur dépendance ; les femmes, elles, vont vivre une culpabilité empreinte de honte. L'addiction est aussi une maladie de la relation. Dans « Alcool amour haine »⁴, une femme souhaitant garder l'anonymat écrit : « (...) une femme qui boit est une « poivrote », une souillasse, une fille alcoolo ! Alors que fait-elle ? Elle se cache, évite autant que possible les bistrots, planque ses bouteilles, ment, se voit devenir bouffie, se détruit peu à peu. Au pire, elle se fait quitter par son mari, perd ses enfants, son job, sa dignité et son envie de vivre ». La discrimination sociale, culturelle reste bien présente. Une femme dépendante aux substances psychoactives dérange. L'addiction n'a déjà pas bonne presse chez l'homme mais chez la femme l'effet de stigmatisation décuple. C'est le retour que nous font la plupart des femmes que nous accompagnons.

Au-delà du regard sociétal, on est parfois surpris du déni des conjoints face à la consommation de leurs épouses. Souvent, ils ne voient pas le problème, soit parce que les stratégies mentionnées plus haut sont très bien développées, soit parce qu'ils consomment autant. Voir le problème chez son épouse, c'est parfois aussi voir le sien ! Ce déni peut être par indifférence ou par amour. Quand une femme dit à son mari qu'elle a un problème avec l'alcool, celui-ci, surpris, réagit souvent de façon assez inattendue. Certains époux les menacent et les quittent.

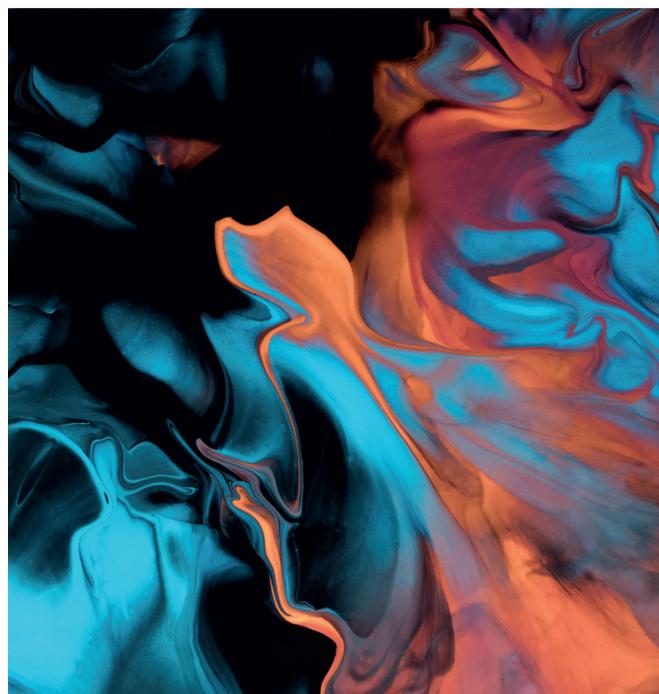
QUELS FREINS À LA PRISE EN CHARGE RÉSIDENIELLE DES FEMMES ?

De manière générale, les personnes arrivent en résidentiel lorsque la perte, en raison de leur problématique, est déjà très importante. Perte du travail, souvent du couple et fréquemment du logement. La perte du lien à la suite d'un divorce ou d'une séparation est aussi très difficile à gérer. Une prise en charge en amont aurait pu permettre, dans certaines situations, de maintenir les acquis. Les femmes souffrant de dépendance à l'alcool étant souvent aussi mères, la crainte de la perte de ce rôle est certainement l'un des plus grands freins à leur prise en charge. Elles arrivent souvent lorsqu'elles n'ont déjà plus la garde de leurs enfants, que la Direction générale de l'enfance et de la jeunesse (DGEJ) est intervenue, mettant en route des mesures de protection. Les situations sont ainsi très compliquées et se complexifient encore par la souffrance de la perte du lien. De plus, la culpabilité que certaines peuvent ressentir pour avoir consommé durant leur grossesse, avec la question du syndrome d'alcoolisme fœtal (trouble sur le fœtus causé par l'alcoolisation fœtale), engendre des difficultés supplémentaires.

L'alcool est autorisé aux femmes mais pas encore la dépendance à l'alcool

La pression de la famille, du mari, la crainte de la perte du rôle de mère, l'aspect financier – la femme gagne souvent moins que l'homme ou travaille à temps partiel pour s'occuper de ses enfants – sont d'autres éléments qui peuvent complexifier le processus. La question des abus doit aussi être abordée car on sait qu'une grande majorité des personnes souffrant d'addiction ont utilisé l'alcool comme remède. Les femmes subissent davantage d'abus que les hommes⁵, même les statistiques dans ce domaine sont à prendre avec beaucoup de prudence. Les femmes sont en général aussi plus vulnérables aux problèmes psychologiques que les hommes, ou du moins plus souvent diagnostiquées. Par conséquent, le diagnostic de dépendance à l'alcool passe souvent inaperçu, parce qu'elles sont souvent perçues comme borderline, dépressives... ou autre. Lorsque le diagnostic est finalement posé, c'est qu'il est une évidence, et la prise en charge en résidentiel s'en trouve généralement retardée.

Un autre angle à prendre en compte pour la compréhension des freins au rétablissement des femmes consiste à s'interroger sur les éventuels avantages qu'elles peuvent retirer de leur non-prise en charge. S'il s'agit de mettre en évidence toutes les compétences permettant de s'en sortir, il faut aussi pouvoir nommer les freins. Ainsi, si une femme souffre de dépression ou d'autres troubles psychiques ou physiques, elle va certainement y trouver aussi quelques avantages comme de l'attention de la part de son compagnon, de l'aide au ménage voire une rente AI. Si la perspective d'aller mieux implique de devoir assumer à nouveau les tâches domestiques, le soin aux enfants, en plus de retrouver un emploi, alors il n'y a pas forcément que des aspects positifs. Ces questions peuvent paraître sarcastiques, mais il est nécessaire de se les poser.



ET DANS LA PRATIQUE?

Il faut s'interroger de manière générale sur l'accessibilité des prestations pour les personnes souffrant d'addiction, et de manière plus ciblée porter une réflexion sur ce qui doit être fait en résidentiel et s'il faut une offre plus spécifique. La Fondation Esterelle-Arcadie a ouvert un groupe spécifique « Femmes ». Pourquoi? Il est souvent relevé que parler de certains sujets typiquement féminins, comme les abus, ou la sexualité, est plus facile lorsqu'on se retrouve entre personnes du même genre. La manière de vivre les émotions, suivant les souffrances passées, la crainte du regard des hommes sur certaines situations permet aux femmes de s'exprimer plus librement.

Nous réfléchissons aussi au fait de tenir compte ou non du genre du référent: devons-nous privilégier l'accompagnement d'une femme par une personne de même sexe ou de même genre? Cette question se pose aussi pour un homme. Nous pensons dans le cadre du résidentiel que cela dépend pour beaucoup du passé de la personne, de ses souffrances ou de ses diagnostics.

CONCLUSION

Nous parlons d'égalité en 2023 et si nous abordons cette question encore aujourd'hui c'est parce qu'il n'y a pas de réponse. Pourquoi les statistiques disent qu'en résidentiel (pour l'alcool) les femmes représentent 1/3 des résident-e-s? Est-ce que nous nous posons cette même question sur les femmes en détention, dont la proportion ne cesse d'augmenter⁶?

N'est-ce pas tout simplement que nous devons reconnaître qu'il y a une différence entre hommes et femmes? Regardons la réalité en face et cessons d'ignorer les différences fondamentales entre hommes et femmes dans l'installation, l'évolution et le soin de la dépendance, de façon à ne plus courir le risque de « maltraiter nos patientes ». Accepter nos différences avec bienveillance est certainement le meilleur moyen de répondre aux besoins de nos résident-e-s peu importe leurs genre, culture, nationalité, religion ou couleur de peau. Le débat autour du genre est à englober avec cette réalité qui fait la diversité de ce monde.

Contact: Kundig@esterelle.ch

Notes et références

1. Lavigne E. La médecine à l'heure de l'égalité, <https://pulsations.hug.ch/article/medecine-egalite> (13 juin 2023)
2. Krizic I & Balsiger N. (2022). act-info – Domaine de traitement résidentiel: Résultats des statistiques act-info-Residalc & act-info-FOS 2021. Lausanne: Addiction Suisse.
3. Croix-Bleue romande, Chiffres clés, <https://croix-bleue.ch/qui-sommes-nous/chiffres-cles> (13 juin 2023)

4. Kündig F. (2011). *Alcool, amour, haine*. Morges: Cabedita.
5. ONU FEMMES, Quelques faits et chiffres: la violence é l'égard des femmes et des filles, <https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#:~:text=Dans%20le%20monde%2C%20on%20es-time%20que%20736%20millions,cent%20des%20femmes%20de%20plus%20de%2015%20ans%29> (13 juin 2023)
6. Felley, E. (2022, avril). *Justice: Le taux de femmes détenues en Suisse est en augmentation*. Le Matin.

PROFILS ET SITUATION SOCIALE DES PERSONNES ADMISES DANS LES STRUCTURES RÉSIDENTIELLES

Nora Balsiger et Ivo Krizic (Addiction Suisse)

Les données du système national de monitoring de la prise en charge des addictions act-info permettent de s'intéresser aux profils sociodémographiques des client·e·s des structures résidentielles en Suisse. L'analyse montre notamment l'importance de proposer des prestations qui soient en phase avec leurs situations sociales diverses (résumé).

Act-info est le système national de monitoring de la clientèle des structures de prise en charge des addictions. Cette statistique couvre les domaines ambulatoire, résidentiel, du traitement par agonistes opioïdes de substitution (TAO) et du traitement avec prescription de diacétylmorphine (héroïne). Le domaine résidentiel est couvert par les statistiques sectorielles act-info-FOS (pour les problèmes liés aux drogues illégales) et act-info-Residalc (pour les problèmes liés à l'alcool et aux médicaments). Actuellement, 42 structures résidentielles spécialisées, principalement des cliniques médicalisées et des centres à vocation sociothérapeutique (hors hôpitaux et logements protégés), participent sur une base volontaire au monitoring act-info. Au cours des premières semaines qui suivent l'admission et peu avant la fin du séjour, un questionnaire est complété avec le·la client·e. Les questions portent sur le cadre de la prise en charge, le profil sociodémographique et le problème à l'origine de la demande d'aide.

Les analyses présentées ici se basent sur les données livrées par les structures résidentielles ayant participé au monitoring act-info de façon continue de 2018 à 2021 et qui concernent les client·e·s qui avaient l'alcool, les opioïdes, la cocaïne, les hypnotiques/sédatifs ou le cannabis pour problème principal au moment de leur

admission¹ (soit 90.4% de leur clientèle ; N=6386). L'alcool constitue de loin le problème principal le plus souvent mentionné (N=4317), devant la cocaïne (N=1007), les opioïdes (N=457), le cannabis (N=429) et les hypnotiques/sédatifs (N=176). La clientèle des structures résidentielles spécialisées se caractérise généralement par une problématique d'addiction sévère et un historique de prise en charge.

PROFILS DE LA CLIENTÈLE

Les personnes admises dans une structure résidentielle spécialisée entre 2018 et 2021 sont très majoritairement des hommes, quel que soit le problème principal à l'admission (Tableau I). C'est donc aussi le cas pour les médicaments psychoactifs (hypnotiques/sédatifs) alors que les enquêtes en population générale menées en Suisse montrent un usage plus répandu de somnifères et tranquillisants chez les femmes^{2,3}. Cela suggère que les femmes ayant développé une dépendance aux hypnotiques/sédatifs recourent moins souvent à une prise en charge résidentielle que les hommes.

La clientèle dont le problème principal est le cannabis apparaît clairement comme la plus jeune, tandis que celle dont c'est l'alcool se révèle la plus âgée. Ces différences liées à l'âge ont une influence sur d'autres résultats discutés par la suite.

		Problème principal				
		Alcool	Opioides*	Cocaïne	Hypn./séd.*	Cannabis
		N=4317	N=457	N=1007	N=176	N=429
sexe/genre	hommes	68.8%	76.6%	76.0%	65.9%	76.0%
	femmes	31.2%	23.4%	24.0%	34.1%	24.0%
âge (à l'admission)	âge moyen (écart-type)	44.6 (12.0)	35.2 (9.9)	33.9 (9.3)	36.9 (14)	27.4 (9.7)
	<25	5.3%	15.5%	19.3%	25.0%	51.7%
	25-39	31.5%	55.4%	56.3%	36.4%	36.1%
	40-59	53.1%	28.4%	23.9%	33.5%	11.7%
	60+	10.1%	0.7%	0.5%	5.1%	0.5%
état civil	célibataire	51.3%	80.1%	81.5%	66.5%	89.8%
	marié-e	18.8%	5.0%	5.0%	12.9%	2.5%
	séparé-e, divorcé-e, veuf-ve	29.9%	14.9%	13.4%	20.6%	7.7%
situation de logement (dans les 30 jours ayant précédé l'admission)	stable	63.4%	33.2%	40.6%	47.0%	49.2%
	instable	6.9%	6.8%	10.6%	14.6%	9.7%
	institution	29.7%	60.0%	48.8%	38.4%	41.0%
source de revenu (dans les 30 jours ayant précédé l'admission)	moyens propres (salaire, épargne)	29.3%	12.2%	15.5%	19.9%	16.8%
	rente, assurance-chômage ou d'indemnités journalières	32.4%	22.1%	29.6%	32.5%	16.8%
	aide sociale	29.3%	52.1%	40.4%	29.8%	42.1%
	deal, autres revenus illégaux, prostitution	0.3%	3.2%	3.1%	0.7%	3.4%
	autre	8.8%	10.5%	11.4%	17.2%	20.8%
statut professionnel (dans les 30 jours ayant précédé l'admission)	activité professionnelle (à plein temps ou temps partiel)	30.2%	10.6%	15.2%	20.7%	13.7%
	en formation	1.2%	2.0%	2.3%	6.0%	10.7%
	sans travail	32.9%	57.3%	47.5%	36.0%	50.7%
	autre	35.6%	30.1%	35.1%	37.3%	24.9%
niveau de formation	aucune formation achevée	3.2%	7.9%	5.9%	4.8%	9.8%
	école obligatoire (y incluse formation de transition)	15.7%	27.2%	30.0%	31.3%	44.3%
	formation professionnelle de base/apprentissage	54.8%	53.8%	51.2%	40.8%	38.3%
	maturité ou école normale	5.3%	4.1%	3.2%	2.7%	3.3%
	formation professionnelle supérieure/université/HES	21.0%	7.0%	9.8%	20.4%	4.3%

*Les antalgiques opioïdes sont en principe classés sous le problème principal 'opioïdes'; il n'est toutefois pas exclu que certaines structures les aient incluses dans le problème principal 'hypnotiques/sédatifs'.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques de la clientèle du secteur résidentiel selon les problèmes principaux au moment de l'admission (act-info-Residalc et act-info-FOS 2018-2021)

La vaste majorité (env. 80-90%) de la clientèle dont le problème principal est une substance illégale est célibataire au moment de l'admission, contre deux tiers pour les hypnotiques/sédatifs et environ la moitié pour l'alcool. Les autres client-e-s sont principalement divorcé-e-s, séparé-e-s ou veufs/veuves, et plus rarement marié-e-s. En comparaison, la population suisse compte une part nettement plus importante de personnes mariées (env. 41%) et moins de célibataires (env. 46%)⁴.

Au moment de leur admission, près de deux tiers des client-e-s dont le problème principal est l'alcool rapportent une situation de logement stable (63%). Cette part est inférieure à 50% dans les autres groupes: par exemple, un tiers au sein de la clientèle ayant les opioïdes pour principal problème. Les client-e-s qui ne disposent pas d'un logement stable séjournaient en grande majorité en institution (thérapeutique et, plus rarement, de détention)

avant leur admission; c'est le cas de plus de la moitié (60%) de la clientèle ayant principalement un problème avec les opioïdes. La part de la clientèle en situation de logement instable (p.ex. logement temporaire à l'hôtel ou chez des ami-e-s) ou sans domicile fixe avant leur entrée en résidentiel est bien plus petite, les client-e-s ayant les hypnotiques/sédatifs pour principal problème étant les plus concerné-e-s (15%), tandis que ceux-celles ayant un problème avec les opioïdes le sont le moins (7%). Drilling et collègues⁵ ont estimé qu'en Suisse environ 10'000 personnes sont sans domicile fixe ou à risque de le devenir. Rapporté à l'ensemble de la population, cela représente un taux de moins de 1% nettement inférieur à celui enregistré dans le domaine résidentiel.

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), en 2021 environ 9% de la population a reçu des prestations d'aide sociale au sens large (aide sociale économique ou

prestations complémentaires)⁶. En résidentiel, la part des client-e-s dont la source de revenu est en premier lieu l'aide sociale varie entre environ un tiers et la moitié, selon leur problème principal à l'admission. Pour l'alcool, un peu moins d'un tiers de la clientèle vit essentiellement de moyens propres (revenu et/ou épargne), soit une part nettement plus élevée que celle observée dans les autres groupes de client-e-s. Pour les drogues illégales considérées ensemble (opioïde, cocaïne ou cannabis), environ 3% de la clientèle tire surtout ses revenus du deal, de petits trafics ou de la prostitution, ce qui est très rare chez les autres client-e-s.

En 2022 environ 67% de la population suisse âgée de 15 ans et plus avaient un emploi et 3% étaient au chômage selon la définition du Bureau international du travail (BIT)⁷, ce qui contraste fortement avec la clientèle des structures résidentielles. Un peu moins d'un tiers des client-e-s dont le problème principal est l'alcool avait un emploi avant leur admission, et environ un tiers était sans travail (en quête d'emploi ou sans quête d'emploi en raison de leur manque d'employabilité). En comparaison, les client-e-s ayant une substance illégale (opioïde, cocaïne ou cannabis) pour principal problème ont moins souvent un emploi et la moitié environ est sans travail. Peu de client-e-s suivaient une formation et il s'agit surtout de personnes - plus jeunes - qui ont le cannabis ou les hypnotiques/sédatifs pour principal problème.

Les client-e-s dont le principal problème est l'alcool sont en moyenne les plus formé-e-s: plus de la moitié a achevé un apprentissage et plus de 20% une formation du degré tertiaire. Ce type de formation est bien moins répandu au sein de la clientèle ayant les opioïdes ou la cocaïne pour principal problème: un peu plus d'un tiers n'a pas poursuivi de formation au-delà de l'école obligatoire. C'est aussi le cas d'un tiers environ des client-e-s lié-e-s aux hypnotiques/sédatifs, qui sont par ailleurs environ 20% au bénéfice d'une formation tertiaire. En comparaison, la part de la population suisse âgée de 25 à 64 ans ayant obtenu un diplôme de l'enseignement tertiaire était deux fois plus élevée en 2022⁸.

DES SITUATIONS TRÈS DIVERSES

On observe ainsi d'importantes différences entre la clientèle dont le problème principal est l'alcool et celle admise principalement pour des problèmes liés aux drogues illégales. La première est en moyenne nettement plus âgée que les autres groupes de client-e-s, sans doute parce que l'évolution vers une consommation problématique est généralement plus lente que pour les substances illégales. La première consommation d'alcool

a aussi lieu en moyenne plus précocement que celle de substances illégales comme l'héroïne ou la cocaïne. Il faut ensuite compter environ 16 années avant qu'elle ne devienne problématique, alors que cette période s'étend sur une à quatre années pour les opioïdes et la cocaïne⁹. Cette latence plus longue avec l'alcool se reflète dans le profil des client-e-s. Ces personnes tendent à avoir un niveau de formation plus élevé et, de ce fait, davantage de chances d'être en emploi et d'avoir moins recours aux financements communautaires. Ils-elles sont aussi moins souvent célibataires et c'est le seul groupe qui jouit majoritairement d'une situation de logement stable. Néanmoins, ils-elles ont en moyenne une situation sociale bien inférieure à celle de la population générale.

Les client-e-s dont le problème principal est une substance illégale se trouvent dans une situation nettement plus précaire avant l'entrée en structure résidentielle. Ils-elles séjournent plutôt dans une institution (thérapeutique ou de détention), bénéficient le plus souvent de l'aide sociale, ont un niveau de formation moins élevé et sont plus souvent au chômage. À noter que la situation sociale de la clientèle 'cocaïne' ne se distingue pas fondamentalement de celle de la clientèle 'opioïdes'. Une explication pourrait être que le pas vers une structure résidentielle est surtout franchi par les personnes dont la dépendance à la cocaïne est particulièrement forte et lourde de conséquences sur le plan social et économique. Une autre explication potentielle a trait au grand nombre de cas de polyconsommation de cocaïne et d'opioïdes¹⁰, qui tendrait à rapprocher les profils de ces deux groupes de client-e-s.

La situation sociale des client-e-s ayant les hypnotiques/sédatifs pour problème principal – le plus petit des cinq groupes étudiés – paraît se situer à mi-chemin et présente quelques particularités. Ce groupe de client-e-s se trouve davantage en situation de logement instable et mentionne plus souvent, avec la clientèle 'cannabis', des principales sources de revenu « autres » qui font appel notamment au soutien du/de la partenaire et/ou de membres de la famille. Concernant le

niveau de formation on y enregistre aussi bien la part la plus élevée de degré tertiaire que de fin d'école obligatoire. Ces observations peuvent être interprétées au regard de la structure d'âge des différentes clientèles. Ces dernières années, un nombre croissant de jeunes adultes (âgé-e-s de moins de 20 ans) a été admis en résidentiel pour un problème principal lié aux hypnotiques/sédatifs¹⁰, alors que la part non négligeable de ceux-celles ayant plus de 60 ans n'a, elle, guère changé.

Ainsi, les structures résidentielles spécialisées accueillent des client-e-s aux profils sociodémographiques et

En résidentiel, la part des client-e-s dont la source de revenu est en premier lieu l'aide sociale varie entre un tiers et la moitié

Les structures résidentielles spécialisées accueillent des client-e-s aux profils socio-démographiques et situations sociales très diverses

situations sociales très diverses. De plus, si l'alcool figure nettement en tête des problèmes pris en charge, la cocaïne arrive depuis quelques années en second, devant les opioïdes⁹, et la structure d'âge relative aux hypnotiques/sédatifs est devenue plus hétérogène, ce qui peut contribuer à une plus grande diversité encore des

situations sociales. Ces structures font alors face au défi qui consiste à offrir un accompagnement répondant de façon adéquate aux besoins variés et évolutifs de leur clientèle.

Contact : ikrizic@addictionsuisse.ch

Notes et références

1. Les réadmissions d'une même personne au cours de cette période sont comptabilisées comme autant de cas (c'est-à-dire des épisodes de prise en charge distincts).
2. Gmel G, Notari L, Gmel C (2018). *Suchtmonitoring Schweiz - Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016*. Lausanne: Addiction Suisse.
3. Office fédéral de la statistique (OFS), *Consommation de médicaments psychotropes, 2007, 2012, 2017*. <https://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/fr/02a.xml> (07.06.2023).
4. Office fédéral de la statistique (OFS), *Etat civil*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/etat-civil.html> (07.06.2023).
5. Drilling M, Küng M, Mühlethaler E, Dittmann J (2022). *Obdachlosigkeit in der Schweiz. Verständnisse, Politiken und Strategien der Kantone und Gemeinden*. Bern: Bundesamt für Wohnungswesen.
6. Office fédéral de la statistique (OFS), *Taux d'aide sociale au sens large et au sens strict, en %*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/>

<fr/home/statistiques/securite-sociale/aide-sociale/beneficiaires-aide-sociale.assetdetail.24265461.html> (07.06.2023).

7. Office fédéral de la statistique (OFS), *Statut sur le marché du travail, personne actives occupées*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/active-professionnelle-temps-travail/population-active/statut-marche-travail.html> (07.06.2023).

8. Office fédéral de la statistique (OFS), *Indicateurs de la formation : Niveau de formation de la population – Données de l'indicateur*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/egalite-femmes-hommes/formation/niveau-formation.assetdetail.24485173.html> (07.06.2023).

9. Krizic I, Maffli E, Balsiger N, Gmel G, Labhart F, Vorlet J. *Rapport annuel act-info 2021 (2022). Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring*. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP).

10. Krizic I & Balsiger N. (2022). *act-info – Domaine de traitement résidentiel: Résultats des statistiques act-info-Residalc & act-info-FOS 2021*. Lausanne : Addiction Suisse.

ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE THÉRAPIES RÉSIDENTIELLES DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS : UNE PERSPECTIVE NATIONALE

Franziska Eckmann (Infodrog)

Depuis les années 80, où elle prend son essor, l'offre de thérapies résidentielles dans le domaine des addictions n'a cessé d'évoluer en Suisse. Franziska Eckmann revient sur les différents changements que cette offre a traversés et les adaptations auxquelles elle a su se prêter, tout en évoquant ses défis futurs (résumé).

Dans les années 1970, le traitement stationnaire des personnes consommant des substances illégales relevait de la compétence des services de psychiatrie sociale. Même s'ils prétendaient tenir compte des aspects sociaux, ils ne réussissaient pas à atteindre les personnes dépendantes aux opioïdes. Celles-ci, de plus en plus nombreuses et très affectées sur le plan sanitaire et social, passaient au travers de tous les filets de protection sociale. C'est dans ce contexte que, durant les années 1980 et 1990, plusieurs mesures ont été prises, notamment la création d'offres de sevrage et de réhabilitation pour les personnes dépendantes aux substances illégales. De plus, les villes où se situaient des scènes ouvertes de la drogue ont renvoyé dans leur commune d'origine les personnes concernées, exerçant une pression supplémentaire sur les cantons afin qu'ils proposent des offres d'aide (résidentielles) adaptées à leurs habitant·e·s. Un grand nombre de communautés thérapeutiques résidentielles de taille variable a alors vu le jour dans des zones rurales. Placées à une certaine distance des scènes ouvertes de la drogue, elles ont pour la plupart été mises en place par des organisations privées comme des associations et des fondations. Des particuliers suisses ont également fondé de telles institutions à l'étranger. À leur création, les communautés résidentielles s'apparentaient davantage à des communautés de vie. Loin de se revendiquer professionnelles, elles adoptaient une position paternaliste avec leur clientèle. Leur objectif : permettre l'abstinence et la réintégration sociale par le

développement de compétences destinées à la vie en communauté, au travail et à l'organisation du temps libre.

ÉVOLUTION RAPIDE DU NOMBRE DE PLACES DANS LES ANNÉES 90

En 1989, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dénombrait 503 places de réhabilitation résidentielles en Suisse. Le nombre le plus élevé jamais atteint a été enregistré en 1996, avec 1750 places. Autrement dit, en sept ans, 1200 places de thérapie stationnaires pour les personnes dépendantes aux substances psychoactives avaient été créées¹.

Le développement de la réduction des risques ainsi que des traitements par agonistes opioïdes de substitution (TAO ; p.ex. méthadone et buprénorphine) ou avec prescription de diacétylmorphine (héroïne) ont permis de sortir du paradigme absolu de l'abstinence, ce qui a entraîné une baisse de la demande de places pour les traitements résidentiels. En 2021, on ne comptait plus que 1195 places de thérapie stationnaire pour les addictions. La même année, 16 000 personnes avaient suivi un TAO et 1600 personnes un traitement avec prescription de diacétylmorphine².

DÉVELOPPEMENT DE LA QUALITÉ

L'accroissement des exigences de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur le financement des

institutions offrant des prestations sociothérapeutiques stationnaires a mené à la création du système de gestion de la qualité QuaTheDA en 2001. Celui-ci a permis l'introduction de standards de qualité uniformes à l'échelle nationale dans le domaine des addictions, d'abord pour les traitements stationnaires, puis ambulatoires. Ces standards ont été développés par l'OFSP, en étroite collaboration avec les professionnel·le·s. Encore aujourd'hui, une grande partie des structures de thérapie résidentielle pour les addictions disposent de la certification QuaTheDA³; elle est généralement requise en vue de l'octroi de l'autorisation d'exploitation, notamment en Suisse alémanique.

Créée en 1995 par l'OFSP, la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues (COSTE), aujourd'hui Infodrog, a quant à elle soutenu financièrement la conception des offres stationnaires et leur développement sur le plan professionnel et de la qualité, grâce à un fonds dédié.

FERMETURES D'INSTITUTIONS

Toutes les institutions n'ont pas surmonté le passage à la professionnalisation et au développement de la qualité. Entre 1999 et 2017, 70 institutions résidentielles ont fermé leurs portes⁴. Les raisons étaient diverses : nombre insuffisant de places ou de client·e·s adressé·e·s à l'institution (en raison de la cantonalisation progressive), fonctionnement trop rigide ou lacunes dans la gestion, pour n'en citer que quelques-unes.

APERÇU DES OFFRES DE THÉRAPIE STATIONNAIRES ACTUELLES

Actuellement, les offres en milieu résidentiel représentent environ 28% des offres inscrites dans la base de données www.indexaddictions.ch, qui compte un total de 994 offres d'aide dans le domaine des addictions. Cela représente 275 institutions (dont 71 en Suisse romande et 10 au Tessin). La catégorie des centres thérapeutiques résidentiels regroupe 79 institutions, dont 21 en Suisse romande. Pour 25 d'entre elles, les caisses-maladie participent aux frais. Le sevrage résidentiel pour toutes les substances et tous les modes de comportement est possible dans 74 cliniques et hôpitaux suisses, dont 46 cliniques qui se spécialisent dans les problèmes liés à l'alcool et/ou aux substances illégales. Enfin, on trouve 144 institutions résidentielles dans la catégorie « logement », classées comme « logement accompagné », « placement familial », « foyer longue durée », « housing first » et « hébergement d'urgence ». Ces offres accueillent les personnes souffrant d'addiction, mais pas exclusivement.

UNE OCCUPATION EN BAISSÉ APRÈS 2017

Jusqu'à 2017, l'occupation moyenne des institutions de thérapie résidentielle dans les addictions était stable et

atteignait 87% ou plus⁵. Depuis lors, on enregistre une baisse continue de l'occupation, qui a chuté à 80% en 2021. Il existe de grandes différences entre les cantons, avec des taux d'occupation variant de 53% à 96%.

LE LOGEMENT, UN BESOIN CROISSANT

On observe la tendance inverse en ce qui concerne les habitats protégés ou les appartements supervisés. En 2021, ils étaient presque totalement occupés (93,2%)⁶. Des facteurs, tels que le marché local du logement, ont une incidence sur cette demande, tout comme le souhait d'habiter seul·e (ne pas partager son logement) manifesté par les personnes concernées, dans toutes les tranches d'âge et dans toute la Suisse. Les solutions d'encadrement pour le logement ou les soins destinées à la clientèle âgée touchée par une problématique d'addiction sont elles aussi demandées, dans la mesure où une thérapie résidentielle avec des objectifs de réhabilitation classiques n'est souvent plus envisageable pour cette population.

RENFORCEMENT DE LA MÉDICALISATION DE L'OFFRE DANS LE CADRE DE LA LAMAL

L'entrecroisement de différentes sources de financement (assurance-invalidité, assurance-maladie, aide sociale, cantons et communes) et la pression exercée sur les cantons en vue de la réduction des coûts pour ces supports ont entraîné une baisse de la durée des traitements ainsi qu'un renforcement de la médicalisation dans le domaine de l'aide liée aux addictions. L'introduction du principe « l'ambulatoire avant le stationnaire » dans la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) a contribué à l'élargissement de l'offre ambulatoire des cliniques offrant des traitements pour l'addiction. En Suisse alémanique, le déplacement dans la LAMal a aussi eu lieu sur le plan institutionnel : les structures qui proposaient initialement des prestations sociothérapeutiques se trouvent aujourd'hui dans la liste des hôpitaux et sont dirigées par des médecins. Cette évolution reflète également le besoin de sevrages partiels, limités à certaines substances, et de séjours thérapeutiques de courte durée.

ÉVOLUTION DE L'OFFRE DESTINÉE À DIFFÉRENTS GROUPES CIBLES

La thérapie résidentielle ne peut être efficace que si l'offre est adaptée aux besoins des personnes souffrant d'addiction et à la diversité de celles-ci. Actuellement, on observe des lacunes dans l'offre destinée à deux groupes cibles : les adolescent·e·s⁷ et les personnes âgées. Toutefois, ce sont justement les institutions résidentielles dont les traitements s'adressaient à un seul groupe cible qui, par le passé, n'ont pas perduré. Par exemple, il ne reste aujourd'hui plus que deux des 25 institutions réservées aux femmes⁸ jadis existantes. Pour des raisons économiques et liées à de nouveaux phénomènes,

La thérapie résidentielle ne peut être efficace que si l'offre est adaptée aux besoins des personnes souffrant d'addiction et à la diversité de celles-ci

comme les nouvelles addictions comportementales, les offres qui se concentraient sur un public cible spécifique et certaines substances ont été remplacées par des formules complètes, flexibles et diversifiées encourageant l'intégration sociale. Par ailleurs, le passage au numérique a fait naître de nouvelles approches. À l'avenir, le suivi pourra avoir lieu indépendamment de la localisation des patient·e·s, grâce à la consultation mixte, et être combiné avec des outils de soutien thérapeutique et de prévention des rechutes sécurisés⁹.

L'amélioration des settings de traitement pour répondre aux besoins des différents groupes cibles constitue un défi ainsi qu'un travail continu. Les modèles de coopération interinstitutionnelle entre l'aide dans les addictions et les structures de soins et d'accompagnement dans les domaines du social, de la jeunesse, de la vieillesse, de l'invalidité, de l'immigration, etc. gagneront en importance dans le futur.

LES CANTONS AU CENTRE DU PILOTAGE DE L'OFFRE

Le pilotage des institutions résidentielles est assuré par les cantons, bien qu'ils ne disposent pas tous de leur propre offre d'aide dans les addictions. La Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) permet l'accès intercantonal aux offres résidentielles et régit les modalités de financement. Toutefois, lorsque le nombre de places disponibles le permet, les

placements ont en général lieu dans le canton même. En Suisse romande, ces placements sont dans certains cas effectués par les services d'indication cantonaux, sur la base de critères spécifiques, afin de faire en sorte que les prestations de l'offre soient en adéquation avec les besoins des personnes.

Paru en 1994, le rapport « Reha 2000 », portant sur la situation des thérapies résidentielles pour les substances psychoactives et la nécessité d'agir en la matière, a été élaboré comme un fondement pour le développement des offres résidentielles dans toute la Suisse¹⁰. Près de 30 ans plus tard, les cantons ont, par le biais de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), commandé un rapport commun visant à servir de base au pilotage (inter)cantonal de l'aide aux personnes dépendantes¹¹. Grâce à cette vue d'ensemble actuelle, il sera possible d'appuyer le pilotage intercantonal de ces offres sur des données factuelles.

La mise en place d'une synergie entre les cantons et d'une collaboration avec les institutions est indispensable pour développer une offre de thérapies résidentielles diversifiée dans le domaine des addictions. Néanmoins, ce sont les organismes responsables des institutions résidentielles, ayant pour la plupart encore la forme d'associations et de fondations, qui décident in fine du positionnement et de l'adaptation de l'offre.

Contact : f.eckmann@infodrog.ch

Notes et références

1. Données de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1979-1999 et d'Infodrog, *Monitoring des institutions de thérapie résidentielle des addictions 2000-2007*
2. Labhart F., Monnier E. & Maffli E. (2022). *Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution – Résultats 2021* (Rapport de recherche n°144a). Lausanne : Addiction Suisse.
3. Infodrog, *Institutions certifiées*. <https://www.quathedra.ch/fr/certification/institutions-certifiees.html> (01.05.2023)
4. Infodrog (2018) : *Liste des institutions résidentielles fermées depuis 1999*, Berne, Infodrog. https://www.infodrog.ch/files/content/therapie_de/2018-06-01_liste-geschlossene-stationaere-suchthilfeinstitutionen.pdf
5. Infodrog (2022) : *Monitoring des institutions de thérapie résidentielle des addictions : nombre de places à disposition et taux d'occupation dans les institutions de thérapie résidentielle et leurs logements accompagnés, en Suisse, en 2021*. Berne : Infodrog.

6. op. cit.
7. Infodrog (Ed.) (2022) : *Consommation de médicaments et mixte chez les jeunes. Analyse de la situation et des besoins*. Infodrog : Berne https://www.infodrog.ch/files/content/ff-fr/Consommation_de_medicaments_et_mixte_chez_les_jeunes.pdf
8. Infodrog, *Indexaddictions.ch*. <https://indexaddictions.infodrog.ch/#/?audiences=2&offerings=16> (3.3.2023)
9. SafeZone.ch, <https://www.safezone.ch/> [9] SafeZone.ch, <https://www.safezone.ch/de/noa-coach> (24.4.2023)
10. Mühle, U. (1994) : *Reha 2000. Projektbericht zur Situation und zum Handlungsbedarf in der stationären Drogentherapie. Gesamtschweizerische Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie*. Ein Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern
11. Stremmlow, J., Eder, M., Knecht, D., Häfeli, B., Wyss, S. (2023). *Grundlagen zur (inter-)kantonale Steuerung der Suchthilfe. Schlussbericht*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Luzern (à paraître prochainement).

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse

Ruchonnet 14, CP 870, 1003 Lausanne

Groupement Romand d'Études des Addictions GREA

Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction en chef

Frank Zobel, Addiction Suisse - **Camille Robert**, GREA

Comité de rédaction

Barbara Broers, HUG - **Marina Delgrande**, Addiction Suisse - **Camille Robert**, GREA - **Ann Tharin**, HES-SO - **Valentine Schmidhauser**, Addiction Suisse - **Marc Wittwer**, OFSP - **Frank Zobel**, Addiction Suisse.

Abonnements

Addiction Suisse, Av. Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne, T. 021 321 29 11, info@addictionsuisse.ch

Site : <https://shop.addictionsuisse.ch/fr/15-periodiques>

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse : Fr. 45.- par an - **Étranger** : Fr. 57.- par an

Graphisme

SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Mise en page

Camille Robert, GREA

Images

Photos Unsplash: p. 4 Victor ; p. 12 Metin Ozer ; p. 16 Ilya Mondryk ; p. 20 Ioann Mark Kuznietsov ; p. 33 Pawel Czerwinski.

Les articles signés n'engagent que leur auteur.e. La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

ISSN 1422-3368

