

d é p e n d a n c e s

Octobre 03 • no 20

3 Editorial

Viviane Prats

4 Le rétablissement dans le champ des dépendances: perspectives psychanalytiques

Jean Bergeron
Isabelle Gothuey

8 Quels sont les leviers du rétablissement?

Christine Davidson
Philippe Maso

12 Se rétablir: parole de quelques usagers après un séjour résidentiel

Fabienne Comba

18 Histoire de vie

Témoignage d'Arnaud

22 La réinsertion: entre obstacles sociaux et problèmes personnels

Camille Carron
Yves Ecoeur

26 Réflexion sur l'insertion socioprofessionnelle de toxicomanes à partir de l'expérience de l'Association du Relais

Jean-Claude Pittet

32 Livres



Peut-on parler de rétablissement dans le domaine des addictions?

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa/ispa



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

Editorial

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention
de l'alcoolisme et
autres toxicomanies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870,
1001 Lausanne

Groupement romand
d'études sur l'alcoolisme
et les toxicomanies, GREAT,
Pêcheurs 8, case postale 638,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

Rédacteurs:

Michel Graf, ISPA
Gérald Progin, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements

ISPA, case postale 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 29 40

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent
que leur auteur

Les titres et sous-titres sont
de la rédaction

La reproduction des textes
est autorisée sous réserve
de la mention de leur provenance
et de l'envoi d'un justificatif
à la rédaction

Ligne graphique

Fabio Favini,
Romanel-sur-Morges

ISSN 1422-3368

Ce numéro de **dépendances** traite du rétablissement: thématique transversale aux différentes disciplines qui portent leur regard sur la problématique des addictions. Nous vous proposons dans ce numéro plusieurs lectures du sens que prend la notion de rétablissement, en fonction des modèles ou des cadres théoriques qui traversent ces différentes pratiques.

La première approche pose la question du rétablissement et des perspectives psychanalytiques. Comment cette discipline traite-t-elle la question de l'addiction? Comment cette approche particulière et exigeante peut-elle servir à la prise en charge des personnes toxicodépendantes? La question du rétablissement signifie-t-elle l'abandon de la consommation? Peut-on véritablement guérir ou plus simplement apprendre à vivre mieux avec sa dépendance?

Explorer les pistes des leviers du rétablissement. C'est ce que nous propose le second article. Quelles sont aujourd'hui les panoplies d'outils disponibles pour prendre en charge les personnes toxicodépendantes? Comment les différentes approches peuvent-elles se combiner entre elles, de la motivation au changement en passant par le travail de deuil ou le modèle de soin transformationnel? Le troisième article, plus sociologique, nous propose d'observer sur le moyen terme le devenir des patients de la Maison de l'Ancre. Après le traitement, que deviennent-ils? Ces indications sont évidemment utiles pour valider l'efficacité des

traitements proposés. Et pour permettre aux politiques, en particulier, de se rendre compte que sortir de la dépendance ou apprendre à vivre mieux avec est un chemin long et tortueux. Qu'il n'y a pas un bon modèle, mais que c'est bien la diversité et la multiplicité des prises en charge qui permettent des interventions plus efficaces, mieux ciblées en relation avec les besoins de ces moments de vie particuliers.

C'est ensuite Arnaud qui, avec ses mots, nous fera partager son vécu, un bout de son histoire de vie, ce qui dans son long parcours est ou a été le plus aidant. Juste de quoi permettre à ceux qui ne sont pas sur le terrain et dans la relation de ne pas oublier que, derrière les chiffres, les outils et les thérapies, il y a les personnes et leur histoire, leurs souffrances, mais aussi leurs espoirs.

C'est enfin autour de la question épineuse de la réinsertion professionnelle que nous vous proposons pour conclure deux approches: l'une d'entre elles traitera des éléments qui permettent la réinsertion sociale ou professionnelle, à partir des expériences valaisannes menées par l'OSEO.

La dernière approche enfin, si elle se base elle aussi sur une expérience de terrain, nous emmènera dans une réflexion plus globale sur les entreprises de réinsertion: sont-elles véritablement une alternative à l'exclusion ou le signe du désengagement de l'Etat dans ce domaine?

*Viviane Prats,
collaboratrice à Rel'ier*

Jean Bergeron,
infirmier-chef
d'unité de soins,
Isabelle Gothuey,
médecin-
responsable,
psychiatre-
psychothé-
rapeute FMH,
Unité de traite-
ment des dépen-
dances,
Fondation de
Nant, Montreux

Comment la psychanalyse a finalement pris en compte la problématique des dépendances? Quelle place occupe aujourd'hui cette théorie dans le champ du traitement de l'addiction? Entre référence théorique et application pragmatique. De la parole libératrice au cadre thérapeutique contenant. C'est la vision d'un modèle de prise en charge et les réflexions d'une équipe qui, au quotidien, travaille au rétablissement d'un lien sur lequel peut ensuite se construire une démarche introspective permettant une évolution constructive. (Réd)

Le rétablissement dans le champ des dépendances: perspectives psychanalytiques

«Telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde, elle nous inflige trop de peines, de déceptions, de tâches insolubles. Pour la supporter, nous ne pouvons nous passer de sédatifs (...). Ils sont peut-être de trois espèces: d'abord de fortes diversions, qui nous permettent de considérer notre misère comme peu de chose, puis des satisfactions substitutives qui l'amoin-drissent, enfin des stupéfiants qui nous y rendent insensibles. L'un ou l'autre de ces moyens nous est indispensable.»

S. Freud, Malaise dans la civilisation (1929) PUF, 1986, p.18

La psychanalyse et les addictions ont une histoire originelle complexe eu égard au rapport ambivalent que le père de la psychanalyse a entretenu avec les substances addictives, la cocaïne et le tabac notamment. Il faut savoir que la question des troubles addictifs a été mentionnée par tous les pionniers de la psychanalyse et a toujours été présente dès les origines de la clinique, alors que l'on a pu noter par la suite une progressive réticence du milieu analytique à l'égard de ces pathologies de la «modernité». Freud n'a jamais véritablement abordé la place nosographique des conduites addictives, toutefois il a cité de manière partielle la problématique du rapport aux toxiques dans plusieurs

textes écrits de 1895 (La naissance de la psychanalyse) à 1929 (Malaise dans la civilisation).

Certains se sont interrogés sur son propre rapport aux toxiques, sur son addiction au cigare et sur ses rapports avec la cocaïne, évoquant cette absence de considération de la conduite addictive en tant que telle dans son œuvre comme une tache dans son œuvre comme une tache aveugle. Pour l'histoire ou la légende, Freud était persuadé des vertus de la cocaïne au point de la prescrire à un ami qui souffrait d'un névrome et était devenu opiomane pour qu'il se libère de sa dépendance (1884). En 1887, Freud se défendra suite à l'apparition de cas de cocaïnomanie, dans un article intitulé: «Cocaïnomanie et Cocaïnophobie» en disant: «J'ai moi-même pris le médicament (la cocaïne) pendant des mois, je n'ai jamais vu la moindre trace d'un état comparable au morphinisme ou d'une accoutumance.» Il demeure perplexe en constatant chez son ami que finalement la drogue aboutit à une accoutumance et pour son ami Fleischl à une intoxication mortelle. Il en conclut que «ces sujets avaient en eux quelques éléments morbides que lui-même ne possédait pas». Il finira aussi par renier ses écrits sur la cocaïne.

Mais la question addictive transparaît dans ses écrits ultérieurs et va être abordée sous plusieurs angles, que l'on peut résumer rapidement ainsi: l'addiction est un substitut à l'acte sexuel, en lien avec l'auto-érotisme et la masturbation comprise comme l'addiction la plus ancienne. Ce concept a été un peu abandonné pour être repris actuellement avec l'idée de l'addiction comprise comme un procédé auto-calmant.

Les drogues peuvent prendre la place du premier objet d'amour (la mère) et être investies d'un potentiel de dépendance relationnel. C'est dans ce sens que se développent les théories actuelles. Il y a des addictions sans drogue, comme le jeu pathologique, où Freud parle d'autopunition. Il existe de fortes similitudes entre les états d'intoxication alcoolique et la

manie. Il fait déjà référence à la question très actuelle des doubles diagnostics.

Psychanalyse et addiction: une rencontre ratée?

Malheureusement, une réponse très connue de Freud, et tirée de sa correspondance avec Ferenczi en 1916, a probablement enterré la cause addictive auprès des psychanalystes pour plusieurs décennies: «L'analyse est, du reste, peu appropriée au traitement des intoxications, car tout mouvement de résistance se termine en rechute.» Il en existe une autre version «car chaque rechute ou difficulté dans le traitement les ramenaient à la drogue». Cette traduction est plus intéressante puisqu'elle fait entrer en scène le traitement et le thérapeute. Ainsi, ce pourrait aussi être en lien avec ce qui se passe dans le traitement que la rechute survient. Ceci ouvre évidemment bien d'autres perspectives puisqu'il s'agit alors d'une répétition de la problématique psychique du patient dans le transfert, qui constitue l'instrument principal du psychanalyste.

L'addiction comme réponse aux difficultés existentielles

D'autres psychanalystes ont tenté d'explorer et de théoriser autour des troubles addictifs, mais **c'est Joyce Mc Dougall** en 1978, dans son livre «plaidoyer pour une certaine anormalité» qui occupe une position centrale en conceptualisant ce qu'elle appelle la solution addictive, soit les buts conscients ou inconscients qui sous-tendent toutes les formes que peuvent prendre les comportements d'addiction. Pour elle, «la dimension la plus urgente de l'économie psychique qui sous-tend la conduite addictive est le besoin de se débarrasser aussi rapidement que possible de tout sentiment d'angoisse, de colère, de culpabilité ou de tristesse voire même de sentiments en apparence agréables vécus inconsciemment comme interdits ou dangereux». C'est la

première qui va mettre l'accent sur le fait **que pour la personne addictée ce n'est pas le désir mortifère de se faire du mal qui prime mais bien une réponse à une souffrance psychique du passé, une tentative enfantine de se soigner.** Dans la suite de Winnicott, elle jette les bases des théories actuelles sur les addictions et souligne que c'est bien dans les interactions précoces de l'entité psychique mère-nourrisson que des failles surgissent, qui affectent le développement des phénomènes transitionnels (activités ou objets) et ont tendance à instaurer chez l'enfant la crainte de développer ses propres ressources psychiques pour atténuer ses tensions affectives.

Le développement de la capacité d'être seul est alors mis en danger et l'enfant, pour résoudre ses tensions affectives, opérera un raccrochage au monde perceptivo-moteur, cherchant la solution dans un pseudo-objet d'amour addictif, prenant la place des objets transitionnels mais, au contraire de ces derniers, il échoue dans son potentiel libérateur du lien de dépendance à la mère et le renforce au contraire. Dans ce sens, l'addiction constitue un dérapage de l'objet transitionnel et devient fétichisé.

Pour P. Jeammet, l'objet d'addiction (le produit ou le comportement) est vu comme un pansement pour la psyché, qui tente de guérir les blessures laissées par l'inadéquation de la relation aux premiers objets (environnement maternel), le comportement addictif permet de colmater les brèches liées à ces défaillances des assises narcissiques en s'offrant comme néo-objet d'amour, toujours à disposition et maîtrisable.

La psychanalyse, on le voit, interroge maintenant le rapport au produit ou au comportement addictif et la place que ce dernier prend dans l'économie psychologique de la personne; le produit est véritablement solution externe qui vient résoudre momentanément un conflit interne, une solution de survie psychique diront même certains de nos patients.

A notre avis, s'arrêter à la question unique du produit d'addiction fait partie des résistances au changement, elle permet de rester dans une logique compulsive et de surinvestir le pseudo-objet d'addiction. Les soignants, comme les patients, ont tendance eux aussi à fétichiser le produit. L'un de nos outils est celui de la parole, qui permet la mise en mots de la conduite addictive, et en recherche le sens. Cet exercice permet d'opérer déjà un dégageant vis-à-vis de l'acte pour favoriser la mise en lien. Pour certains de nos patients pourtant, la parole n'a pas de sens, c'est du bruit; ce sont alors les capacités contenantes du milieu thérapeutique qui sont sollicitées (ainsi ce patient qui ne pouvait parler d'une période très difficile vécue dans la zone et comme témoin de ses souffrances nous montrait une photo de lui à cette période).

Rétablissement et psychanalyse

On ne peut évoquer la question du rétablissement sans revenir encore une fois à Freud, qui s'attachait plus à comprendre la production symptomatique qu'à tenter de vouloir la faire disparaître, partant du principe que si le sujet analysé comprenait aussi, la symptomatologie s'amenuiserait d'elle-même et le sujet n'aurait plus nécessairement recours au symptôme comme expression d'un conflit interne. De son propre aveu, son désir d'aider les patients d'un point de vue thérapeutique passait après ce qu'il pouvait apprendre d'eux sur le fonctionnement de la psyché. Pour Ferenczi, un autre pionnier de la psychanalyse, au contraire, aider les gens était le but principal de la psychanalyse. C'est ainsi qu'il a été amené à «inventer» des modifications du setting psychanalytique, pour aider les gens qui ne semblaient pas abordables par des méthodes analytiques standards. On peut encore aujourd'hui s'inspirer de ses réflexions, pour traiter de ces «cas difficiles» dont les patients dépendants font partie. La position de Winnicott est également

intéressante, profondément thérapeutique, car il n'avait pas de présupposé quant au fait que la personne puisse accéder aux soins psychanalytiques, il partait du patient et se demandait comment le modèle psychanalytique pouvait subvenir aux besoins de cette personne. Ces psychanalystes cherchaient eux à apaiser les productions symptomatiques.

Rétablissement et substitution

Il est à notre avis, dans la clinique quotidienne des patients dépendants, nécessaire de conserver la position freudienne, surtout à propos de la question du rétablissement. Il ne semble en effet pas possible d'avoir des idées préconçues sur ce que doit être le rétablissement pour telle ou telle personne. Au risque de choquer certains, nous soutenons que la question du rétablissement (retour à un état antérieur-guérison) n'est pas forcément synonyme d'arrêt de la consommation, mais qu'il apparaît plus important d'aller à la recherche d'un nouvel équilibre interne plus satisfaisant, sans a priori sur la manière dont la personne va partir à la recherche de ce nouvel équilibre psychique, avec ou sans substances. Ainsi souvent, l'abstinence prolongée (comme la réduction des symptômes pour Freud) pourra ou non intervenir, comme en sus, au détour du traitement proposé.

Ainsi, en est-il des traitements de substitution, actuellement compris comme une alternative possible là où la désintoxication forcenée immédiate ne pouvait qu'échouer. L'urgence et l'exigence de la consommation mises momentanément de côté, il y a à nouveau un espace pour d'autres investissements, même si les consommations annexes sont encore présentes. Ne devient pas dépendant qui veut, cette recherche d'une solution «antalgique» à la souffrance psychique amène l'usager des drogues à devenir dépendant. L'enjeu thérapeutique est dans l'espace dégagé, comme une alternative possible au produit afin que la souffrance psychique s'expose. La substitution, il est

vrai, ne guérit pas la dépendance, elle la maintient et la prolonge, rend ainsi le toxicomane plus fréquentable, plus acceptable, plus accessible à un lien thérapeutique. Il ne faut pas oublier non plus que la dépendance était déjà présente, bien avant l'initiation. Elle est révélée à travers la rencontre avec le produit, signant ainsi l'importance identitaire de la toxicomanie. Il s'agit alors de rester attentif à ne pas sauter trop vite à la conclusion que le rétablissement concerne exclusivement le sevrage. Sevrer, si cela apparaît nécessaire parfois, peut revenir souvent à ébranler trop profondément cette fonction identitaire.

Il y a double dépendance: dépendance psychique et dépendance physique, ce qui nous amène souvent à penser les traitements de manière parallèle, comme les rails du train, qui poursuivent la même direction, sans jamais s'entrecroiser. Le risque est grand de poursuivre deux types de traitements, les approches psychologiques d'un côté, et le traitement pharmacologique de substitution versus le sevrage de l'autre. Par exemple, lors d'un sevrage aux opiacés, la nécessité de faire disparaître les symptômes de manque a tendance à focaliser l'attention de tous (patient et soignants) sur les approches pharmacologiques de sevrage à visées d'abstinence. Or, sans un minimum d'intériorisation du processus de changement, sans travail sur une perspective d'un vécu sans produit, se passer momentanément du produit n'a quasiment pas de perspective sur le long terme. Ce n'est pas la disparition des symptômes de manque qui permet de rétablir le toxicomane de sa dépendance. Sans ce travail d'intériorisation préalable, nos patients une fois sevrés vont persister à lutter contre leurs envies de consommation (les rejets de la dépendance) ce qui, à la première difficulté rencontrée, renforcera finalement le comportement addictif. Un de nos patients l'a formulé ainsi: «J'ai tout fait pour m'en sortir, je ne consomme plus, je ne fréquente plus la zone, mais j'en suis toujours au même point par rapport aux produits, je suis toujours toxico-

mane, vous voyez, je suis un homme foutu.»

La toxicomanie apparaît parfois aussi nécessaire qu'un besoin vital comme celui de boire ou manger, alors qu'elle peut être reliée à la jouissance, à l'objet du désir inconscient ou à bien d'autres objets. Malheureusement, ceci amène à ne plus penser au sens de la consommation, ce à quoi sert le produit dans l'équilibre psychique du sujet. Le piège réside dans le fait que nous sommes ainsi entraînés à faire des propositions concrètes à nos patients sans plus considérer le bénéfique inconscient du symptôme addictif, dans une forme de confusion des niveaux entre le manifeste et l'inconscient. Amener l'aide que nos patients souhaitent ne passe pas forcément par ce que nous aimerions qu'ils souhaitent.

Quel rétablissement?

A priori, la référence psychanalytique et le travail avec une population toxicomane à seuil bas semblent difficilement compatibles. En effet, nous avons affaire à des patients qui souffrent de pathologie du lien, alors que cette approche s'appuie justement sur l'établissement d'un lien significatif entre patient et thérapeute ainsi que sur le transfert.

A posteriori, comme nous venons de le voir, le modèle analytique est une référence utile, notamment au travers de la question de savoir ce que nous visons avec nos patients comme objectifs du soin: un mieux-être, moins de souffrances, un meilleur aménagement du quotidien, des liens plus tranquilles à autrui, une plus grande sécurité interne, etc. Nous pouvons ainsi considérer le rétablissement du côté du patient avec l'idée que chacun porte en lui la solution interne à sa problématique sans jugement moral sur le moyen mis en œuvre.

On peut aussi se demander quelle est la position du soignant face à la question du rétablissement. Le modèle analytique nous permet de considérer la fonction soignante auprès des patients dépendants comme



Ainsi, on ne guérit pas une personne dépendante, on l'aide à vivre mieux avec, à lui substituer d'autres dépendances plus acceptables socialement, et moins destructrices pour elle, à retrouver un espace personnel, où elle peut se sentir suffisamment bien avec elle-même. Le rétablissement est ainsi une affaire intime, dont la définition est personnelle et différente pour chacune des personnes qui souffrent d'un problème de dépendance.

Références

- CHASSAING J-L. Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies. Le discours psychanalytique, ed. assoc. freudienne internationale, Paris 1998.
- FERBOS C., MAGOUDI A. Approche psychanalytique des toxicomanes. PUF, Paris, 1986.
- FREUD S. Lettre à W. Fliess, n°55 (1897), La naissance de la psychanalyse, PUF, Paris, 1956.
- FREUD S. Cocaïnomanie et cocaïnophobie. In R. Byck, De la cocaïne, ed. Complexe, Bruxelles, 1976.
- FREUD S. Malaise dans la civilisation (1929). PUF, Paris, 1971.
- JEAMMET P. Les conduites addictives: un pansement pour la psyché. In Les addictions – Monographie de psychopathologie, PUF, Paris, 2000.
- MAC DOUGALL J. L'économie psychique de l'addiction. In Anorexie, addictions et fragilités narcissiques. Petite bibliothèque de psychanalyse, PUF, Paris, 2001.
- MAC DOUGALL J. Plaidoyer pour une certaine anormalité. Ed Gallimard, Paris, 1978.
- MOREL A., HERVE F., FONTAINE B. Soigner les toxicomanes. Dunod, Paris, 1997.
- PARSONS M. Le cadre, utilisation et invention. In Transferts et états limites. Petite bibliothèque de psychanalyse, PUF, Paris, 2002.
- VALLEUR M., MATYSIAK J.-C. Les addictions, repenser la souffrance psychique. Dunod, Paris, 2002.
- VENISSE J-L, BAILLY D. Dépendances et conduites de dépendances. Coll. Médecine et psychothérapie, Masson, Paris, 1995.
- VENISSE J-L, BAILLY D. Addictions, quels soins? Coll. Médecine et psychothérapie, Masson, Paris, 1997.
- WINNICOTT D.W. Déprivation et délinquance. Bibl. Scientifique Payot, Paris, 1994 (traduction française).

une fonction de holding au sens Winnicottien du terme, permettant la restauration d'une sécurité interne à travers la continuité du lien affectif. Pour le soignant, le rétablissement passe par la restauration d'un lien de dépendance non aliénant. «L'essentiel, c'est de durer» disait un de nos collègues, soit de permettre à nos patients un appui sur notre appareil psychique et nos propres représentations de ce qu'est l'expérience de la continuité des liens affectifs. Enfin, ce modèle nous permet aussi d'explorer les questions transféro-contre-transférentielles, dont il ne faut pas se dissimuler l'importance, lorsque l'on a l'ambition de travailler dans une certaine continuité avec les personnes dépendantes. Nous pouvons ainsi assez vite repérer ce que suscite le patient en nous, comme le besoin de maternage, la fusionnalité, l'intrusivité excessive, le rapport au tiers paternel vécu dans les questions liées au cadre (la loi interne à l'unité, le rythme de passage, la morale), les

moments où le travail autour du conflit et de la différenciation devient nécessaire. Nous sommes ainsi confrontés systématiquement à ce qui se rejoue de l'infantile du patient dans la relation thérapeutique. La capacité de comprendre ce qui est mis en jeu dans le transfert, tout comme celle d'investir les patients dans le même temps, nous permettent de mettre à leur service une forme de constance relationnelle, d'accueillir, de donner refuge à ces mouvements. Cela revient à créer un contenant pour permettre l'élaboration des affects et leur réintrojection. «Je n'aurais jamais cru que vous tiendriez le coup!» disait un patient qui s'était montré particulièrement virulent à certains moments de sa prise en charge face aux exigences du cadre thérapeutique. Il avait fait là une expérience de continuité, lui qui avait un vécu infantile de ruptures et de discontinuité, liées aux nombreuses décompensations d'une mère schizophrène.

Quels sont les leviers du rétablissement?

Christine Davidson, médecin-psychiatre, Philippe Maso, infirmier, consultant en addictions, Fondation Phénix, Genève

Le sens du rétablissement est étroitement lié à une problématique de changement. Les modèles de prise en charge évoluent et les réponses se diversifient, de nouvelles propositions thérapeutiques se sont développées ces dernières années. Cette diversité des outils disponibles permet sans aucun doute une amélioration des prises en charge ciblées, et une adéquation entre les demandes et les réponses disponibles. (Réd)

de ou des substances qui posaient problème ne suffit la plupart du temps pas en soi à résoudre le mal-être persistant. La reprise de la consommation est alors très fréquente, aboutissant le plus souvent à des ruptures tant relationnelles que thérapeutiques.

Ces vingt dernières années, la palette des approches thérapeutiques pour les dépendances s'est enrichie de nouveaux outils, le modèle cognitivo-comportemental et les nouveaux traitements médicamenteux notamment. Les nouvelles formes de psychothérapies mettent l'accent sur l'apprentissage de stratégies pour faire face aux difficultés classiquement rencontrées, tant dans la préparation à l'abstinence que suite au sevrage de substances.

Étant donné la difficulté, l'hétérogénéité et la gravité de ce type de pathologie, disposer d'un arsenal thérapeutique avec la possibilité d'utiliser plusieurs stratégies de soins différentes est incontestablement un enrichissement. Il serait totalement incompréhensible, aussi bien pour les personnes directement concernées que pour leur entourage, de ne pas offrir tous les outils dont nous disposons actuellement. Les approches cognitivo-comportementales ont, en plus, un autre avantage de taille: elles répondent mieux à la deuxième partie de la définition du rétablissement: la rapidité. En effet, l'intervenant est plus actif, il est plus impliqué dans l'intervention. Il devient un «coach» pour la personne dépendante. Ceci a également pour effet d'améliorer et de consolider la relation et ce lien est un élément primordial pour la durée. Les différentes modalités d'intervention se complètent et augmentent l'efficacité du traitement. La séquence de leur utilisation doit suivre un ordre logique et adapté à la personne. Le modèle proposé fait part de l'expé-

Le rétablissement est défini dans le dictionnaire comme «l'action de se tirer d'affaire adroitement et rapidement». C'est, bien sûr, un idéal que tant la personne dépendante que son entourage souhaitent atteindre. Or, si les outils dont nous disposons actuellement pour le traitement des dépendances permettent de répondre au critère «d'adroitement», ils ne peuvent malheureusement pas assurer la rapidité dont chacun souhaiterait pouvoir disposer. Changer, en effet, demande du temps. De plus, pour que le changement s'opère avec succès, il doit suivre un rythme et une séquence bien définis. Chaque personne a son propre tempo et souvent les échecs sont dus à la méconnaissance de cette donnée et au manque de compéten-

ces pour accompagner chacune des étapes de la transformation. A travers cet article, nous allons vous faire part de l'évolution accomplie au cours de 15 années d'expérience du traitement des personnes dépendantes.

Des stratégies pour changer

Nous le savons, pour changer un comportement, il faut d'abord l'identifier comme problématique, avoir envie de s'en préoccuper, accepter de s'en défaire, trouver les bonnes stratégies pour mener à bien ce changement et le remplacer ou compenser ce qu'il apportait de positif.

Il faut aussi savoir faire face au découragement qui rapidement s'installe, tant chez la personne dépendante que dans son réseau. Passée l'euphorie de début, tout le monde réalise que l'arrêt de consommation

rience de l'utilisation des différents modes d'intervention et de leurs combinaisons de manière séquentielle en fonction de l'évolution du parcours de la personne. Cette manière de les utiliser et l'articulation entre eux augmente de façon considérable le rétablissement et la qualité de vie des gens souffrant de dépendances. Et, surtout, leur apprentissage et leur utilisation sont à la portée de n'importe quel intervenant de santé. On sort donc du modèle médical classique pour une approche médico-bio-psycho-sociale qui regroupe différents intervenants qui vont constituer le réseau essentiel au rétablissement.

Motiver au changement

L'approche des addictions a énormément bénéficié du travail motivationnel qui peut être fait en fonction des étapes de résolution de changement que traverse une personne. L'identification et la résolution d'un problème spécifique nous font traverser un certain nombre de phases psychologiques qui ont été décrites par deux canadiens, DiClemente et Prochaska en 1982. Elles sont connues sous le nom de stades de changement et sont au nombre de six: le stade de pré-contemplation, le stade de contemplation, le stade de détermination, le stade d'action, le stade de maintien d'action et le stade de rechute. Ces différents stades constituent le modèle sur lequel s'appuie l'Entretien Motivationnel élaboré par Miller et Rollnick. Ces auteurs proposent d'adapter un mode d'intervention spécifique à chaque stade de changement. Ce modèle est un des modèles reconnus comme efficaces et de plus en plus utilisés dans le champ des addictions.

Travail de deuil

Au fil de l'expérience acquise au cours du traitement des problèmes de dépendances, nous en sommes venus à ajouter à l'entretien motivationnel d'autres stratégies thérapeutiques qui nous permettaient d'augmenter l'effi-

cacité de nos interventions. Utilisant les stades de changement comme pierre angulaire de notre programme de soins, ils nous ont paru avoir nombre de similitudes avec les différentes étapes psychologiques qui caractérisent le processus de deuil tel qu'il a été décrit par Elisabeth Kubler-Ross. Le travail de deuil a été intégré au travail motivationnel.

Processus de deuil:

- Le Dén**
- La Protestation / Colère**
- La Tristesse / Souffrance**
- La Peur (d'être abandonné)**
- La Rationalisation / Marchandage**
- L'Acceptation**
- Créer un nouvel attachement**
- Le Pardon / l'Adieu**
- La Gratitude / le Cadeau**
- Se situer par rapport à la perte du produit (compagnon de tous les jours ou de situations difficiles) et à l'acceptation de la maladie.**

Cette approche a considérablement enrichi notre pratique. Nous étions en effet souvent limités en utilisant le modèle motivationnel seul. Il ne permettait pas assez de prendre en compte la dimension émotionnelle liée au changement et au renoncement. De plus, nous avons remarqué que l'expression et la gestion d'un niveau émotionnel adéquat orientent et prédisposent un changement durable et vécu sereinement. Nous avons donc ajouté à la panoplie d'interventions d'autres stratégies, pour la plupart issues des approches cognitivo-comportementales et pas classiquement utilisées pour les addictions. Ainsi, la gestion des émotions et l'affirmation de soi permettent d'offrir des outils qui, s'ils sont proposés et utilisés au moment opportun, permettent à une personne dépendante d'avoir des possibilités de réponse supplémentaires et ainsi de consolider le rétablissement et la motivation. L'articulation entre ces différents instruments est exposée à travers le modèle transformationnel. Il a également l'avantage d'offrir des étapes

supplémentaires au stade d'action et de maintien d'action.

Un modèle d'intervention

Ce modèle permet, à partir de données collectives, de s'adapter à l'individu et c'est ce qui en fait tout l'intérêt. A chacune des étapes du changement et en lien avec l'acceptation nécessaire que ce changement va supposer, correspond un outil thérapeutique spécifique.

Il s'articule selon le schéma suivant:

- **Changer:** utilisation du modèle motivationnel. Tant que cette étape n'est pas franchie, travail sur les stratégies de réduction de risques comme facilitateur et motivateur pour amener à des ruptures voulues.
- **Se sentir capable d'effectuer un changement:** concept de résilience, travail sur les compétences et l'estime de soi.
- **Accepter la rupture:** utilisation du processus de deuil, que la rupture soit voulue ou obligée.
- **Maintenir le changement ou la rupture:** travail sur la prévention de rechute, savoir identifier les situations à risque et analyser les envies.
- **Augmentation de l'efficacité de maintien de changement:** gestion du stress et des émotions, affirmation de soi.

Il s'agira donc, aussi bien pour l'intervenant que pour la personne dépendante, d'acquérir des outils leur permettant d'adapter leurs stratégies aux situations rencontrées et ainsi améliorer leur efficacité. On peut considérer les thérapies disponibles comme des outils. Ce dont dispose à la fois le patient et le soignant, c'est d'une «caisse à outils» qu'ils remplissent des stratégies utiles. Non seulement il faudra employer l'outil le plus adapté à la problématique rencontrée, mais également en augmenter l'efficacité. En effet, souvent les stratégies disponibles ne sont utilisées qu'à un faible pourcentage de leur potentiel. De son côté, le soignant pourra acquérir l'expertise et la souplesse nécessai-

res pour mettre en œuvre ces différentes stratégies. Il les adaptera en fonction de son évaluation, de l'évolution ou du blocage du processus de changement dans lequel se trouve la personne qui demande de l'aide.

Tout ce travail ne peut se faire que si le lien entre la personne qui veut ou doit changer et l'intervenant qui va l'accompagner est bien établi. Il va, en effet, être le fil rouge et la mémoire du travail qui s'accomplit. Il va être le référent vers lequel va spontanément se tourner le patient en cas de besoin. Ce référent ne sera pas nécessairement un médecin. Ce sera tout intervenant que le patient identifiera comme personne-ressource principale.

En adaptant les différentes stratégies au changement, «le modèle de soins transformationnel» (voir tableau) est composé de 4 phases/concepts:

- **Intervalle d'altération:**
«Ai-je besoin de changer? Suis-je prêt à changer?»

Caractérisé par la création du lien et l'évaluation.

- **Intervalle chromatique:**

«Je change petit à petit»

Caractérisé par le changement doux où interviennent la réduction des risques et la motivation, l'estime de soi et la résilience.

- **Intervalle de dissonance:**

«Je romps avec mes habitudes ou je dois rompre avec mes habitudes»

Caractéristique des ruptures où interviennent la prévention de rechute, le processus des deuils (acceptation de la maladie et le deuil du produit lui-même), la gestion des émotions en lien avec le travail sur le deuil. Travail sur l'exclusion et l'estime de soi.

- **Intervalle harmonique:**

«J'accepte le changement, je modifie ma façon de penser, j'améliore ma relation à l'autre»

Caractérisé par l'acceptation à la fois de la maladie et de la nécessité de rompre avec le produit ou le comportement compulsif. Le travail sur la gestion des émotions (par

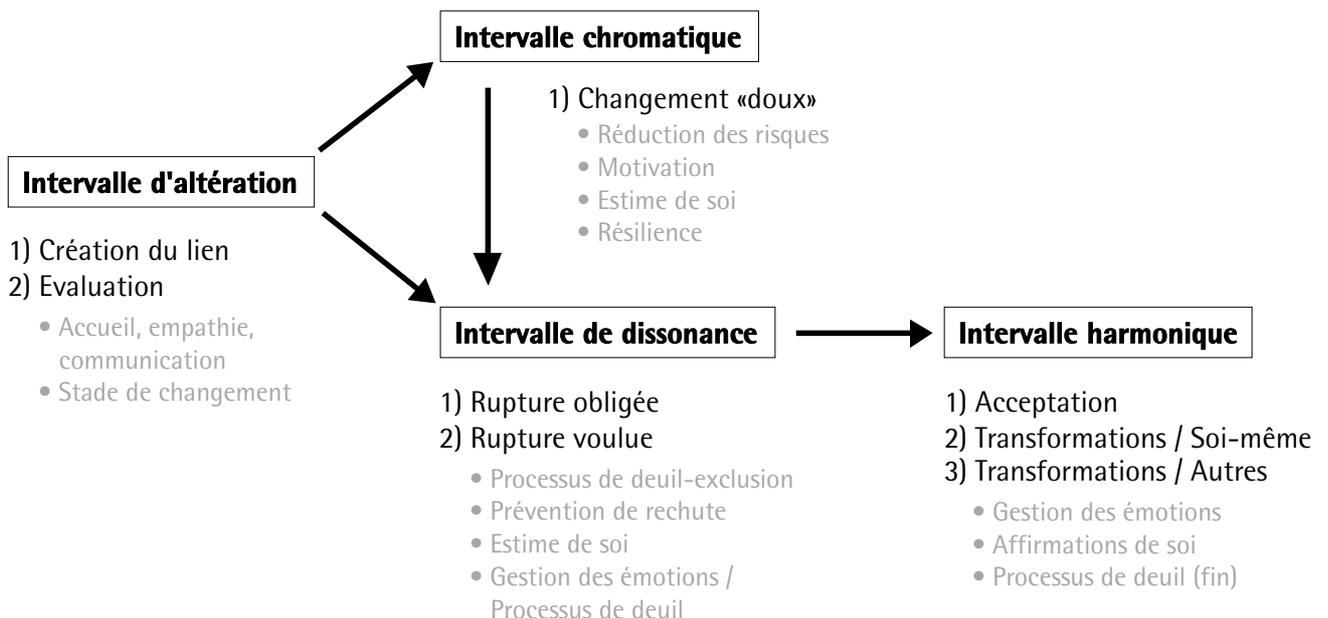
rapport à soi-même et l'affirmation de soi par rapport aux autres) peut alors se faire.

La plupart de ces outils sont connus des intervenants. L'efficacité des stratégies de prévention de rechute sera augmentée si la personne peut se situer et travailler le deuil du produit. Une approche à travers la résilience apportera des possibilités de consolider le changement en généralisant l'utilisation des différentes tactiques.

Résidentiel ou ambulatoire?

Alors qu'il commence à y avoir un consensus sur les approches efficaces pour les addictions, il n'en va pas de même en ce qui concerne l'indication à une approche résidentielle, hospitalière ou ambulatoire. De nombreuses études ont été consacrées à ce sujet. Notre expérience clinique est concordante à ce qu'O'Brien a dit en 1994: «Le facteur-clé d'un traitement achevé avec succès est l'engagement dans un

MODÈLE DE SOINS TRANSFORMATIONNELS





programme ambulatoire long terme, que le traitement soit initié ou pas en hospitalier.» L'hospitalisation ou un séjour résidentiel peut être un des temps du traitement. Nous sommes également d'avis, comme cela a été proposé par des groupes d'experts, que l'hospitalisation soit indiquée lorsque :

- Il y a un problème médical ou psychiatrique majeur
- Il y a un problème de sevrage majeur
- Il y a des échecs répétés de traitement ambulatoire
- Il y a un isolement social tel que l'abstinence est impossible en ambulatoire.

Un traitement résidentiel long terme est, quant à lui, souhaitable quand il y a rechutes après l'hospitalisation ou un déni important de la problématique.

Ces recommandations mettent en lumière le fait qu'un séjour pleintemps n'est indiqué, en général, qu'après essai d'une approche ambulatoire. Il serait aussi souhaitable de bannir du vocabulaire des addictions le terme de «cure» qui conduit sou-

vent la personne concernée et son entourage à penser qu'au terme de ce séjour, elle sera guérie et donc que le suivi ambulatoire est superflu. Il ne peut, de plus, pas donner la dimension de maladie chronique qu'est une dépendance.

Abstinence ou consommation réduite?

Longtemps, seule l'abstinence était prise en compte dans le rétablissement. A nouveau, les recommandations des experts soulignent que l'on ne peut anticiper si un individu pourra retourner ou non à une consommation dite réduite. Avoir alors comme premier objectif l'abstinence constitue une sécurité pour un traitement réussi.

Néanmoins, il arrive souvent que la personne dépendante n'ait pas du tout ce même objectif d'abstinence. Il est important alors de pouvoir travailler sur un projet commun dans lequel les désirs du principal intéressé soient pris en compte. Les stratégies de réduction des risques sont alors des alternatives qui permettent un changement en douceur et préparent

souvent la rupture avec le produit. L'abstinence qui est le but principal dans un premier temps doit rapidement devenir un moyen grâce auquel la personne pourra atteindre un objectif de vie en «promouvant le bien-être physique, psychologique et social d'un individu». L'expérience d'une telle offre de soins a montré toute son efficacité dans le rapport collaboratif entre la personne dépendante et son réseau qui est indispensable au traitement réussi de ce type de problème.

En conclusion, nous disposons actuellement de clés d'intervention efficaces, d'une idée plus précise quant à leur séquence d'utilisation pour en optimiser l'impact, de données scientifiques sur les mécanismes neurobiologiques des addictions et de recommandations qui permettent de mieux orienter les personnes vers des soins hospitaliers, résidentiels ou ambulatoires. Les progrès récents dans les approches médicamenteuses de ces maladies complètent l'arsenal thérapeutique. Nous sommes donc proches de pouvoir répondre à la définition du terme «rétablissement».

Références

DAVIDSON C., MASO P.: «Dépendances et changements: un autre regard», Genève, Carrefour prévention, 2002.

GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY, COMMITTEE ON ALCOHOLISM AND THE ADDICTIONS: "Substance Abuse Disorders: A Psychiatric Priority", American Journal of Psychiatry, 1991.

KUBLER-ROSS E.: «Les derniers instants de la vie», Genève, Labor et Fides, 1975.

LINEHAN M.: «Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite», Chêne-Bourg/Genève, Médecine & Hygiène, 2000.

MILLER W.R., ROLLNICK S.: "Motivational Interviewing", Guilford Press, 1991.

O'BRIEN C.P.: "Overview: The Treatment of Drug Dependence", Addiction, 1994.

PLANT M., SINGLE E., STOCKWELL T.: "Alcohol Minimising the harm, What Works?", Free Association Book, London/New York, 1997.

PROCHASKA J.O., DICLEMENTE, C.C., NORCROSS J.: "In search of how people change", American psychologist, 1982.

Fabienne Comba, sociologue, Hospice général, Unité d'études et statistiques, Genève

A la fin des années nonante, les professionnels de la Maison de l'Ancre se sont souciés de savoir ce qu'il advenait des pensionnaires après leur séjour dans cet établissement. Les résultats présentés ici sont issus d'une recherche effectuée par l'Unité d'études et statistique. Ils nous permettent d'avoir une vision du devenir de ses patients un an après la fin de leur suivi. (Réd)

Se rétablir: parole de quelques usagers après un séjour résidentiel

La Maison de l'Ancre est un foyer géré par l'Hospice général. Elle accueille des personnes dépendantes de l'alcool qui présentent des difficultés d'insertion socio-professionnelle. La première phase du séjour est axée sur des activités de groupe qui travaillent notamment le rapport à soi, à autrui, à l'alcool, à la verbalisation, au corps, à l'expression créatrice. La deuxième phase se centre sur la réinsertion socioprofessionnelle. Par la suite, les pensionnaires peuvent rejoindre la Résidence, structure qui permet de faire le lien entre le Foyer et le retour à un domicile indépendant.

Option méthodologique

Pour étudier le devenir des anciens pensionnaires de la Maison de l'Ancre, nous avons choisi une approche qualitative par entretien semi-directif, en vue de compléter les relevés statistiques^{1,2} et les enquêtes catamnestiques³ portant sur des personnes alcoolodépendantes suivies en établissement résidentiel. Il s'est agi de se mettre à l'écoute des anciens pensionnaires et de tenter d'appréhender leur témoignage de façon approfondie tant sur l'*après* séjour que sur la façon dont ils parvenaient (ou pas) à s'approprier les outils de changement travaillés à la Maison de l'Ancre. Ce choix méthodologique importe car, comme

l'écrit Daniel Bertaux, «prendre en compte la charge d'humanité contenue dans tout témoignage sur l'expérience vécue éloigne certes la sociologie du modèle des sciences exactes, mais la rapproche de l'histoire et de l'anthropologie tout en renforçant sa vocation démocratique»⁴. Durant les entretiens, le domaine le plus délicat à aborder s'est justement révélé être celui de la reconstitution de la relation que les anciens pensionnaires entretenaient avec l'alcool. Certains ont pu percevoir les questions posées à ce propos comme intrusives, voire comme prenant des allures de contrôle. Pour la chercheuse, revenir à la charge lorsque ces questions étaient mal ressenties ou détournées ne s'est pas avéré chose facile: un sentiment de s'être fait «avoir» par l'un ou l'autre des interviewés ayant usé d'habiles techniques d'évitement est ressorti parfois, au moment de l'entretien ou lors de la phase d'analyse. C'est pourquoi nous avons choisi de lier l'analyse de ce qui s'est passé pour les anciens pensionnaires de la Maison de l'Ancre après leur séjour aux manières qu'ils ont eues de *dire* leur parcours. Pour les anciens pensionnaires, accepter de témoigner de cette période de leur vie – et pas seulement de leur attitude envers l'alcool – n'est pas un fait anodin! Cela leur demande de reconstituer des faits parfois éloignés dans le temps et de revenir sur des sentiments douloureux qui leur sont associés et qui peuvent ressortir incidemment à l'évocation de telle ou telle situation. Leur récit les amène ainsi à se décrire et à se situer dans leur rapport à eux-mêmes, à l'alcool, aux autres, etc.

Les pensionnaires rencontrés

Entre août 1997 et février 2000, 49 personnes sont sorties de la Maison de l'Ancre. Un an après, nous les avons contactées. Quatre personnes ont refusé de nous accorder un entretien, 21 n'ont pu être atteintes et 3 étaient décédées entre-temps. 21 personnes ont accepté, 3 femmes et 18 hommes, âgés de 33 à 60 ans, dont la durée de séjour allait de 2 semaines à 6 ans, avec une durée moyenne de 7 mois. La

plupart avaient déjà fréquenté une ou plusieurs institutions du système sanitaire ou judiciaire genevois pour des problèmes de surconsommation d'alcool, et ce à une ou à plusieurs reprises.

L'implication dans le processus de désaccoutumance

Evoquant les circonstances ayant précédé leur séjour, les pensionnaires se positionnent différemment quant à leur implication dans la démarche de soins entreprise. Il y a tout d'abord les pensionnaires qui sont peu, voire pas du tout, partie prenante de la démarche de désaccoutumance. Nous les avons nommés les «*peu concernés*». Ce phénomène est bien connu des lieux de prise en charge de personnes alcooliques, qui accueillent souvent des gens brisés, incapables d'envisager l'avenir, parfois même dépossédés du projet vital de se soigner⁵.

«Je suis resté à Belle-Idée cinq jours. Après ils ont pris la décision de m'emmener à la Maison de l'Ancre. C'est mon psychiatre qui m'a dit de venir, j'étais un peu plus en sécurité.»

Un deuxième groupe est constitué de pensionnaires appelés les «*ambivalents*». Ils donnent des raisons variées à leur séjour. Leur attitude oscille entre le fait de s'engager dans la démarche de soins et celui de s'y être vus contraints, pour divers motifs: soit ils ont demandé à bénéficier de l'article 44 du Code pénal, afin d'éviter l'emprisonnement lié à des surconsommations d'alcool ayant des suites judiciaires; soit ils estiment avoir été mal informés quant à leur contribution financière au séjour; soit leur employeur a fait pression pour qu'ils se soignent.

«Ça vient de la direction du travail. Parce que ça a été pris sur l'alcool. Or c'était impossible parce que la perte d'équilibre m'est arrivée à 11 heures et demi du matin et je ne fais jamais de pause. Je ne sors pas au café, donc c'était impossible! Et puis, de fil en aiguille, j'ai abouti à la Maison de l'Ancre. Pour moi, c'est du passé et j'essaie de l'oublier le plus possible.»

Une troisième catégorie, les «*impliqués*», représente la moitié des pensionnaires rencontrés qui s'approprient la démarche, de façon plus ou moins accentuée. Globalement, ils ont une plus grande facilité à s'exprimer ou, autrement dit, des résistances moins fortes à revenir sur les circonstances particulières, souvent à caractère dramatique, les ayant conduits à entamer leur séjour. Pour plusieurs, leur admission s'est jouée en terme de vie ou de mort, symbolique et objective, physique ou sociale.

«J'en avais marre d'en avoir marre. Et pis, c'était le moment, sinon j'étais foutu.»

Les «*impliqués*» parlent plus ouvertement de leur trajectoire de vie, laquelle est fortement marquée par l'idée de perte. Cela ne signifie pas que les pensionnaires des deux autres catégories n'en aient pas vécu, mais plutôt qu'ils sont moins en mesure de les verbaliser. Ils évoquent ainsi les pertes affective, professionnelle, sociale, matérielle; la perte des capacités physiques ou psychiques, l'altération de l'état de conscience; la perte de maîtrise de la consommation d'alcool et la rechute; la perte des capacités à entrer en relation avec autrui ou à s'occuper de ses proches; la perte de la dignité associée à l'idée de déchéance et à la crainte du regard que les autres portent sur eux; la perte de la relation à soi-même.

«J'étais au bout du rouleau physiquement et nerveusement [...] Mon seul loisir somme toute c'était ma bouteille [...] J'étais complètement à côté de moi hein.»

La rechute fait partie du processus de rétablissement

S'agissant du long processus de désaccoutumance, entamé ou poursuivi à la Maison de l'Ancre, on observe qu'un an après leur sortie les pensionnaires ont des comportements variés envers l'alcool. Sur 21 anciens pensionnaires rencontrés, 9 sont parvenus à une «*amélioration réelle*» de leur consom-

mation: soit en maintenant une abstinence totale d'alcool (4 personnes), soit en consommant de l'alcool de manière ponctuelle ou de façon très limitée en nombre et en durée (5 personnes). Ils parviennent à ce résultat très encourageant alors qu'antérieurement la plupart avaient sollicité le réseau alcoologique genevois à de multiples reprises et durant de nombreuses années. La plupart d'entre eux continue d'ailleurs à y recourir après la sortie de la Maison de l'Ancre, que ce soit ponctuellement ou de manière plus suivie, dans le but de consolider leur motivation au maintien de l'abstinence. Dans leur discours, le passage à la Maison de l'Ancre est présenté comme une période charnière c'est un repère qui permet de situer un *avant* et un *après* dans leur parcours de vie et leur relation à l'alcool. Un *avant* alcoolisé où leur vie était chaotique et leur santé en danger. Et un *après* où leur rapport à l'alcool s'est profondément modifié, même s'il s'avère encore tourmenté et difficile pour certains.

«Il y a eu de grands changements dans le sens où j'ai pu structurer ma pensée, structurer ma vie, ne pas aller au gré du vent quoi, ne pas être larguée, quoi! J'ai retrouvé une espèce de fonctionnement de pensée un peu plus centré. Et je me suis aperçue que ça valait le coup que je reste en vie.»

Ils se sont réapproprié des occupations et des hobbies qui les relient à un rythme et donnent un sens à leur vie (entretien et aménagement de son chez-soi, dessin, peinture, marche, formation personnelle, lecture, relaxation, etc.). Il y a reconquête de la gestion du temps et de l'espace, du lieu de vie, du rapport au corps, à l'hygiène, à l'alimentation. Il y a parfois amélioration des relations avec les proches ou, encore, revendication d'une vie assumée et menée de manière indépendante.

«Pour le moment j'exclus une relation plus approfondie dans le sens amoureux. C'est la première fois de ma vie où je suis maître de mes actes, que je dois pas donner ni recevoir

des explications. Alors il y a des contraintes parce qu'il faut s'habituer à vivre comme ça, c'est pas évident. Mais je tiens à cette espèce de liberté, pour le moment.»

Mais il ne faut pas s'y tromper. Le contentement d'un pensionnaire à raconter le maintien de son abstinence avec force détails peut «virer» abruptement et son récit prendre des allures dramatiques à l'évocation d'un endettement massif au cours de l'année qui a suivi son séjour. Les spécialistes parlent dans ce type de cas de vases communicants, la dépendance à l'alcool se transformant en comportement addictif à l'argent, par exemple. Huit pensionnaires admettent sans conteste avoir repris une consommation «régulière», soit de façon continue, soit par alternance de «périodes mouillées» et de «périodes sèches». Leur problème porte davantage sur le fait de banaliser certaines réalcoolisations, d'éprouver des difficultés à en décrypter les motifs et à en décrire les conséquences.

«Au début, disons je buvais pas, j'allais pas chercher de l'alcool ni rien. Peut-être que je buvais une bière comme ça de temps en temps.»

Ce phénomène s'explique en partie par l'intoxication éthylique qui perturbe leurs facultés mnésiques et leurs capacités à se repérer dans le temps, dans l'espace, dans le rapport à eux-mêmes et aux autres. Même s'il y a banalisation de la reconsommation, leurs récits comportent de nombreuses allusions à leurs sentiments de culpabilité, de honte⁶ et de perte de respect d'eux-mêmes.

«J'ai peur de rencontrer des gens. Rien que de prendre mon sac où y'a que deux bouteilles dedans, ça fait sling ling ling. J'ai honte! Mais pfff ça passera.»

Ils utilisent parfois, à plus ou moins bon escient, les techniques apprises à la Maison de l'Ancre, ou auparavant, pour faire face aux envies de boire de l'alcool. Ils évitent les amis et les lieux favorisant la consommation, ne font pas entrer de l'alcool chez eux, etc.

Une partie d'entre eux éprouve des difficultés à couper avec des relations sociales qui favorisent leurs envies de boire de l'alcool.

«Dimanche passé, j'ai été à un mariage. Ben là aussi on a bu deux, trois... on a bu aussi le coup, mais moi de temps en temps je me mettais un verre d'eau, un jus d'orange. Et puis après je rebus un coup de rouge, mais tranquille.»

Le passage à la Maison de l'Ancre n'a pas profondément modifié leur mode de vie et leur comportement envers l'alcool. Il n'y a pas d'avant et d'après la Maison de l'Ancre. Et il n'y a pas non plus une mise en avant satisfaite d'une autonomie retrouvée. Leurs récits sont peu détaillés, ils restent souvent évasifs ou allusifs ou encore fourmillent de formules toutes faites. C'est ainsi que des difficultés transparaissent quant à la gestion de la vie quotidienne — ménage, paperasses administratives, etc. — ou par rapport au temps, au sommeil, à la santé, à la solitude. Peu d'activités ou d'intérêts les occupent et l'ennui semble parfois totalement les paralyser. Quatre pensionnaires ont une relation à l'alcool que nous avons qualifiée de «dissimulée». Au fil de leur récit, ils racontent incidemment avoir reconsommé de l'alcool. Mais, lorsqu'il s'agit d'approfondir le sujet, ils font montre de très fortes réticences et usent de divers moyens pour éluder la question. L'une de ces personnes se défend même d'avoir présenté un quelconque problème d'alcool au moment de son entrée à la Maison de l'Ancre et a conservé cette attitude de déni tout au long de l'entretien. Des contradictions apparaissent néanmoins au fil de leur témoignage.

«Moi j'ai arrêté complètement depuis la Maison de l'Ancre. Mais comme tout le monde, ben je peux reconsommer un petit peu d'alcool. Ce qui est mauvais, c'est régulier, chaque jour ou presque.»

Le fait que ces pensionnaires ressentent de la gêne à parler de leur consommation, tentent de détourner la conver-

sation et restent sur la défensive indique que leur rapport à l'alcool reste sensible et qu'il est toujours vécu par eux comme un phénomène honteux et stigmatisant.

Manières de dire, manières de boire?

De façon générale, c'est dans la catégorie des «*impliqués*» que l'on trouve le plus de pensionnaires ayant réussi à s'abstenir d'alcool ou à le tenir à distance malgré un ou quelques épisodes de réalcoolisation. Ils parviennent plus aisément à analyser les situations à risque de réalcoolisation, à parler des circonstances de reconsommation éventuelle après leur séjour, à décoder émotions et sentiments qui s'y rattachent, à utiliser les outils acquis lors de leur séjour pour y faire face et à entreprendre des démarches pour ne pas «retomber» durablement dans la réalcoolisation. Faire preuve d'une capacité d'introspection, parler avec peu de réticences de son expérience alcoolique et de sa vie personnelle, retrouver un rythme et des intérêts de vie sont autant d'éléments qui indiquent l'acquisition et la conservation d'une distance suffisante envers l'alcool, soit pour s'en passer durablement, soit pour ne pas y «replonger» de façon destructurante. Inversement, les pensionnaires «*ambivalents*» ou «*peu concernés*» par le traitement entrepris éprouvent plus fréquemment des difficultés à s'abstenir de consommer de l'alcool à leur sortie de la Maison de l'Ancre. Globalement, ils connaissent des problèmes plus importants d'expression et leur «appareil à causer» est souvent grippé⁷. Ils usent de clichés ou tentent d'éviter le sujet, non pas lorsqu'il s'agit «d'avouer» la reconsommation d'alcool — tous prennent les devants et l'annoncent avant même que la question ne soit posée! — mais lorsqu'il s'agit d'en préciser le contexte, les motifs ainsi que les différentes façons d'y faire face.

Rapport à l'identité alcoolique

Les anciens pensionnaires ont connu d'importantes ruptures dans leur parcours de vie: celles-ci touchent à leur

identité, que ce soit au niveau objectif – déclassé professionnel, glissement progressif vers un statut d'assisté, conflits familiaux, problèmes de santé, etc. – et sur le plan plus subjectif – sentiments de dévalorisation, d'infériorité, de rejet, de honte. Revenant sur leur trajectoire récente, ils en viennent à se définir eux-mêmes, sans que cela leur soit demandé. Ces auto-désignations constituent un facteur majeur de compréhension de leur rapport à l'alcool et de leur identité. La moitié des pensionnaires se présentent avant tout comme étant alcooliques ou ayant connu de graves problèmes d'alcool. Une gradation existe toutefois dans cette façon de parler de soi. Plusieurs récits déroulent le processus progressif et douloureux de conscientisation et d'intégration de cette désignation. Cet étiquetage est attribué au départ par d'autres, professionnels ou entourage. Il y a également des allers et retours dans la manière de se désigner ainsi, qui font partie du processus d'acceptation de ce qualificatif et de cette part de leur identité. A l'extrême, quelques-uns revendiquent et s'approprient cette identité de manière ostentatoire.

«J'ai une chance phénoménale d'être un alcoolique. Alors si j'avais pas été alcoolique, j'aurais mal vécu dans ma peau, avec le peu d'estime de moi que j'avais, toute ma vie ben ça aurait pas été le pied.»

Des pensionnaires se définissent sur deux registres à la fois. Selon les situations, ils utilisent l'étiquette alcoolique ou l'étiquette psychiatrique (dépressif, borderline, etc.). A contrario, d'autres ne se reconnaissent en aucune façon sous ce terme d'alcoolique et le rejettent comme une stigmatisation insupportable. D'autres encore ne donnent à aucun moment un qualificatif d'eux-mêmes ayant trait à leur rapport à l'alcool, comme s'ils n'étaient pas en mesure de se situer d'une quelconque façon ou d'accepter cet étiquetage humiliant. L'usage de ces qualificatifs, ou leur rejet, est à mettre en lien avec le phénomène d'intériorisation vécu par les pensionnaires des termes que les professionnels, les asso-

ciations néphalistes ou leur entourage emploient à leur égard. L'utilisation du terme «maladie alcoolique» permet sans doute de désamorcer les représentations sociales d'ivrognerie, de clochardise et de déchéance malheureusement encore associées à l'alcoolodépendance. La notion de maladie favorise les processus de déculpabilisation et de déhontisation. Proposer une telle façon de se définir à des personnes confrontées à des problèmes identitaires importants n'est cependant pas dénué d'inconvénients: cela peut alimenter leur confusion entre le fait d'appartenir au groupe des personnes alcoolodépendantes et le fait de s'y identifier, une identification qui pourrait contribuer à gommer leur individualité. Il existe toutefois une forte ambivalence entre le fait de se présenter comme «alcoolique» auprès d'un tiers inconnu (qui, par exemple, les contacte pour parler de la Maison de l'Ancre et donc de leur rapport à l'alcool) et le fait d'être assimilé aux autres pensionnaires de la Maison de l'Ancre et à leurs caractéristiques négatives. Les compagnons de séjour offrent en miroir une image de l'alcoolique qui leur est souvent insupportable. Cela suscite des comparaisons, des critiques et des attitudes de rejet marquées. Cette réaction n'est pas propre aux pensionnaires de la Maison de l'Ancre; elle a été repérée dans le cas des individus socialement stigmatisés et amenés à se côtoyer de près (prisonniers, orphelins, handicapés, etc.)⁸.

«Eux c'était totalement différent d'avec moi. Ils avaient besoin [de la Maison de l'Ancre], parce que s'ils étaient lâchés dans la nature, ils allaient où? Pas d'appartement, pas de travail, rien du tout.»

Le regard que certains pensionnaires portent sur ceux qui se sont réalcoolisés lors du séjour ou par la suite peut être très dur. A la rechute est associée la notion de chute, ainsi que tous les spectres qui l'accompagnent: maladie grave, déchéance physique, dépression, hospitalisation, isolement, marginalisation, clochardisation et finalement la mort. Les causes de la consommation

d'alcool des autres pensionnaires sont alors scrupuleusement évaluées, parfois avec une grande sévérité en reproduisant des représentations sociales négatives de la personne alcoolique.

L'entourage familial et amical

Dans le vécu des personnes alcoolodépendantes, la solitude s'installe progressivement, la relation avec ce psychotrope coupe toute véritable possibilité de relation avec autrui. Le profil de marginalisation affective des pensionnaires évolue peu entre l'admission à la Maison de l'Ancre et le moment de l'entretien: un tiers vit en couple et deux tiers seuls. Un an après la sortie, les pensionnaires vivant en couple connaissent pour la moitié d'entre eux des difficultés relationnelles et plusieurs évoquent de forts liens d'interdépendance entre eux et leur conjoint ou partenaire (financier, administratif, permis de séjour, etc.). Parmi ceux qui vivent seuls, la moitié n'envisage pas de relation sentimentale dans l'immédiat, par crainte d'un nouvel échec, en raison de la difficulté à faire confiance à autrui et à soi-même ou par désir d'apprendre à vivre de manière indépendante. Ils éprouvent aussi de la honte à l'idée de s'ouvrir à une personne récemment rencontrée et à lui dévoiler leur histoire alcoolique ou la précarité de leur situation.

«Oui j'ai des connaissances, mais si vous dites «je suis à l'AI, je bosse pas, patati patata...», ça les intéresse plus! Quand on n'a plus de situation professionnelle ou tout ça, on devient des... comment... on devient un peu comme des exclus.»

Les «entretiens de proches» effectués lors du séjour à la Maison de l'Ancre ont apporté des modifications sensibles et précieuses dans leurs relations avec l'entourage: dans un quart des situations, il y a reprise de contact avec les enfants, réappropriation de leur place dans la configuration familiale ou encore clarification de la relation avec le conjoint, le partenaire ou la fratrie. Le soutien de la famille fluctue fortement en fonction des pen-

sionnaires. Ceux qui ont moins de 40 ans signalent assez fréquemment l'apport d'un soutien financier, moral ou pratique de la part de leurs parents. Mais seule la moitié des anciens pensionnaires ayant des enfants adultes entretient avec eux des relations suivies et valorisantes. La fratrie apporte un soutien dans un quart des situations. De fait, les amis sont la source d'aide la plus fréquente, mentionnée dans la moitié des cas. Pourtant les amitiés se résument à une ou deux personnes, rarement plus. Cet aspect se confirme par des activités de loisirs plutôt solitaires. Si, par le passé, il y a eu ruptures avec la famille, les amis ou les connaissances, la question du renforcement du réseau social des anciens pensionnaires ou de sa reconstitution se pose avec acuité. Recontacter ce réseau peut signifier retrouver des habitudes et un mode de vie avec alcool peu favorables au maintien de l'abstinence. Favoriser les contacts et la solidarité entre anciens pensionnaires est une option encouragée par la Maison de l'Ancre et perçue positivement par quelques-uns d'entre eux qui prennent plaisir à se revoir. Pour d'autres, ces contacts font resurgir des souvenirs désagréables; ils craignent aussi de se faire entraîner à aller boire un verre et, d'une certaine façon, d'être «contaminés»⁹ à nouveau.

«Je retombais toujours dans le piège. La plupart du temps en rencontrant un copain de parcours. On va boire un café? Oui, on va boire un café, mais allez on boit un petit coup, on commence par une bière, c'est toujours la même histoire.»

La réinsertion socio-professionnelle

S'agissant du statut socio-professionnel, on observe un phénomène de déclassement des pensionnaires par rapport au marché de l'emploi, entre le dernier emploi exercé et leur admission à la Maison de l'Ancre. Un an après leur sortie, la distance au marché du travail s'est accentuée et le recours aux aides mises en place par le

système de protection sociale s'est accru: 8 personnes sont bénéficiaires d'une rente AI, 5 sont assistées par l'Hospice général, 2 sont au chômage et 6 ont un emploi instable ou régulier, dont deux d'entre elles ont connu de graves problèmes de santé avec arrêt de travail de plusieurs mois. Les pensionnaires au chômage à leur arrivée à la Maison de l'Ancre connaissent deux trajectoires divergentes. Soit il y a un retour progressif et semé d'obstacles vers des emplois de type instable et précaire — situation qui ne favorise pas le maintien de l'abstinence. Soit il y a un glissement vers l'assistance, plutôt que vers le RMCAS, en raison de l'incapacité à reprendre une activité professionnelle dans l'immédiat. Il y a, par ailleurs, un passage progressif des personnes assistées vers l'AI, ce qui leur permet à tout le moins de stabiliser leur situation financière et de se réaffilier à un système assurantiel. Cette stabilisation est d'importance étant donné la forte précarité de leur situation antérieure. Les processus de déclassement professionnel vécus par les anciens pensionnaires entraînent une série de remises en question de leur identité personnelle, professionnelle et sociale. La transition «vers le bas» d'un statut à l'autre, de même que la nécessité de recourir aux prestations sociales, sont décrites comme étant de l'ordre de l'épreuve; les valeurs liées au travail restent fortement ancrées et valorisées, tant au niveau de notre société que de la part de nombreux anciens pensionnaires. Plusieurs personnes expriment leur besoin d'être utiles et luttent contre ce que Robert Castel nomme la désaffiliation, lorsque «les individus ne sont plus inscrits dans des régulations collectives, qu'ils ont perdu leurs assises ou leurs supports et qu'ils se mettent à flotter parce qu'ils n'ont plus de repères»¹⁰. Des anciens pensionnaires font état de sentiments d'exclusion et d'inutilité au monde¹¹, qu'ils relient à leur problématique d'alcool ou à leur statut social diminué.

«Des fois, je vais promener le chien du salon de toilettage ou si je peux rendre service, si je peux être utile

à quelqu'un je le fais volontiers, bénévolement. Parce que si je sais recevoir, je sais aussi donner. Vous comprenez ce que ça veut dire ça, seulement recevoir et pas savoir donner aussi, c'est pas mon genre.»

Un an après la sortie, l'occupation et la réinsertion socio-professionnelle par le biais de stages ou d'activités en ateliers protégés ne restent effectives que pour 3 des 6 personnes qui en ont bénéficié. Les problèmes de santé physique, la reprise de la consommation d'alcool et des difficultés d'ordre psychique sont les motifs évoqués pour expliquer l'interruption de ces occupations. Les pensionnaires qui les poursuivent reconnaissent que ces activités les aident à maintenir leur équilibre psychique ou à s'occuper et passer le temps. Ils restent toutefois sensibles au fait que ces occupations regroupent des gens présentant des difficultés sociales ou psychiques qui peuvent faire écho à celles qu'ils vivent eux-mêmes, et qui peuvent se révéler difficiles à supporter.

L'encadrement socio-sanitaire

Le passage à la Maison de l'Ancre représente une période, au sein d'une longue série de démarches, passées ou à venir, pour essayer de sortir de la dépendance à l'alcool. Et ce, tant pour les personnes ayant modifié leur relation à l'alcool que pour celles ayant repris leur consommation par la suite. Tous les anciens pensionnaires disent être suivis au niveau somatique par un médecin de ville ou par l'Hôpital cantonal. Suite à leur passage à la Maison de l'Ancre, plus du tiers ont utilisé le système de santé genevois: hospitalisations ou suivis ambulatoires à l'Hôpital cantonal pour des atteintes somatiques graves, hospitalisations à Belle-Idée, courts séjours au Petit-Beaulieu ou à la Maison de l'Ancre. Plus du tiers d'entre eux se sont rendus à l'unité d'alcoologie de la division d'abus de substances des HUG (Hôpitaux universitaires genevois) pour consulter un médecin ou participer aux divers groupes existants. D'autres ont été suivis par un psychiatre ou un

psychologue privé. Enfin, deux tiers des pensionnaires reçoivent l'aide régulière d'une assistante sociale. La Maison de l'Ancre dispose d'une cafétéria ouverte au public, qui permet aux anciens pensionnaires de rester en contact avec les professionnels ou avec les pensionnaires, sans avoir à s'engager dans une démarche plus impliquante. Mais même ces visites informelles ne sont pas anodines et le rapport à l'alcool reste toujours présent à l'esprit.

«Il n'y a pas longtemps, j'y ai été, mais bien! J'étais pas... J'ai été exprès nickel! Voilà. J'ai bu deux ou trois cafés.»

Le rôle de la Maison de l'Ancre, celui du réseau spécialisé en alcoologie, ainsi que celui des autres intervenants du système socio-sanitaire sont centraux: le processus de changement entamé nécessite un encadrement modulable sur le long terme. Il arrive d'ailleurs que ces professionnels soient les seules personnes avec lesquelles certains pensionnaires ont des contacts suivis, tant leur réseau social est limité et leurs liens avec le monde du travail distendus ou inexistant. Il importe qu'ils se relaient et proposent des formules d'accompagnement variées.

Un long processus de rétablissement

«C'est pas fini, parce que des rechutes je vais en faire encore, j'en suis sûr. Mais chaque fois, je me durcis un peu plus à ce niveau-là, au niveau alcool. Mais c'est toujours des rechutes, même si on boit qu'un verre, faut pas se leurrer...»

Une fois encore, il faut souligner la complexité du phénomène de l'alcoolodépendance et le temps nécessaire pour s'en dégager. Les rechutes font partie intégrante du processus de rétablissement qui conduit une personne à se libérer d'une addiction.

Comme le relève Joakim Körkel à propos de l'alcoolodépendance, «à long terme du moins, les rechutes constituent bien la règle et non l'exception. De toute évidence, s'il faut des années pour qu'une personne s'installe dans la dépendance, il lui faudra également des années – en passant par des rechutes – pour s'en libérer»¹².

Les études menées par Prochaska et DiClemente, citées par Körkel¹³, montrent qu'il en va de même pour d'autres dépendances, dont celle à la nicotine: des personnes bien décidées à arrêter de fumer s'y reprennent en moyenne à 5 fois avant de s'en passer durablement! Dans le cas des pensionnaires de la Maison de l'Ancre, ces données contribuent à dédramatiser les situations de réalcoolisation, sans toutefois les banaliser et en annuler les dangers. Les pensionnaires qui ont profondément modifié leur comportement envers l'alcool avaient sollicité le réseau alcoologique et sanitaire à de multiples reprises et sur de longues années avant de séjourner à la Maison de l'Ancre. Cesser de boire et se rétablir signifient transformer sa vie dans ses multiples aspects! Changer nécessite du temps. La consolidation de ce changement implique aussi de poursuivre le recours au réseau genevois spécialisé en alcoologie. Pour les personnes dont le rapport à l'alcool s'est peu ou pas modifié, l'encadrement social et médical s'avère nécessaire, voire indispensable dans certains cas; les professionnels qui les suivent sont parfois les seules personnes sur lesquelles elles disent pouvoir compter en cas de problème important. La question du renforcement du réseau amical et social se pose, car il demeure souvent très réduit; il en va de même des activités bénévoles ou des stages proposés à la sortie de la Maison de l'Ancre. Il s'agit de réfléchir à la mise en place de stratégies supplémentaires afin de renforcer ou de développer la réinsertion sociale de ces personnes sur le long terme.

Note

La recherche «Pensionnaires de la Maison de l'Ancre: trajectoires en devenir» dont est issu cet article peut être commandée auprès du Service de l'information sociale, Hospice général.
Téléphone: 022 420 53 00,
Fax: 022 420 52 99.

Références

- 1 GAUTHIER J.-A., Traitement résidentiel de l'alcoolodépendance en Suisse, SACRAM/CIRSA, statistiques 1995-1999, Lausanne, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), 2000.
- 2 COMBA F. & PAHUD J.-C., Les pensionnaires de la Maison de l'Ancre. Données statistiques 1992-1996, Genève, Hospice général, 1998.
- 3 MAFFLI E., Sept ans après un traitement résidentiel: quels résultats?, in *Dépendances*, no 2, juillet 1997.
- 4 BERTAUX D., Les récits de vie, Paris, Nathan, 1997.
- 5 NIEWIADOMSKI, Histoires de vie et alcoolisme, Seli Arslan, 2000.
- 6 DE GAULEJAC V., Les sources de la honte, Bruxelles, Desclée de Brouwer, 1996.
- 7 DE MIJOLLA A. & SHENTOUB S.A., Pour une psychanalyse de l'alcoolisme, Lausanne, Payot, 1973.
- 8 GOFFMAN E., Stigmate, Paris, Les éditions de Minuit, 1975.
- 9 FAINZANG S., Ethnologie des anciens alcooliques, la liberté ou la mort, Paris, Presses Universitaires de France, 1996.
- 10 CASTEL R. & HAROCHE C., Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne, Paris, Fayard, 2001.
- 11 CASTEL R. & HAROCHE C., Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne, Paris, Fayard, 2001.
- 12 KORKEKEL J., Nouveaux résultats de la recherche catamnétique: conséquences pour la prévention des rechutes, in *Dépendances*, no 2, juillet 1997.
- 13 KORKEKEL J., Nouveaux résultats de la recherche catamnétique: conséquences pour la prévention des rechutes, in *Dépendances*, no 2, juillet 1997, p. 18.

*Témoignage
d'Arnaud.*
Propos
recueillis par
Viviane Prats*

Consommateur depuis plus de 15 ans, Arnaud, trente ans, témoigne de sa réalité. Ce n'est pour une fois pas la parole à la place «de» si souvent «usurpée» par les professionnels, mais sa parole en direct. Quel sens prend pour lui le rétablissement, quels sont les leviers, les facilitations permettant de retrouver une maîtrise de sa vie avec ou sans produits qui soit socialement «acceptable»? Lucide et sans complaisance, c'est une tranche de sa vie qu'il nous offre. (Réd)

Histoire de vie

J'ai actuellement trente ans et cela fait quinze ans que j'ai des problèmes de dépendance, en passant de périodes de consommation plus ou moins brèves à des périodes d'abstinence. Mais j'ai vite réalisé que ce n'était pas la vie qui me plaisait vraiment. Je suis assez rapidement rentré dans des centres pour essayer de comprendre pourquoi je fonctionnais comme ça. J'ai beaucoup travaillé avec ma famille. Dans les centres, je me sens assez bien. J'ai l'impression de trouver une identité, je suis quelqu'un qui a plutôt beaucoup d'entrain, j'aime avoir un peu un rôle de leader. Ce qui est difficile pour moi, c'est après, quand je me retrouve dans les périodes de post-cure ou de réinsertion à l'extérieur de ces centres; quand il y a moins de structure, j'ai de la peine. Dans les centres, entouré par les autres, je me sens valorisé, je trouve ma place, on a vite une position et ça fait du bien, alors que dans la réalité on devient vite quelqu'un de normal et d'anonyme, c'est plus dur. J'ai plus de peine à faire ma place dans la réalité extérieure et dans la vie professionnelle. Alors souvent, il y a rechute et je retombe.



Photo Interfoto

Un besoin de protection

Alors, c'est le retour à la case départ, je retourne dans un centre et, dans ce centre ça va bien en général, même s'il y a des moments plus difficiles: pour moi, c'est vraiment le moment de la réhabilitation qui est le plus compliqué. C'est dernièrement que j'ai réalisé que j'ai vraiment une identité institutionnelle. Pour l'instant, je suis dans la période où je comprends cela, j'ai déjà les solutions. Je comprends que je me sens vite bien dans les centres, que j'ai une bonne faculté

d'adaptation, mais que maintenant il faut que j'arrive à me revaloriser par moi-même, et moins attendre des gens qui sont autour de moi. Peut-être aussi que, pendant une période, j'avais besoin de prouver à ma famille quelque chose; chez moi tout le monde a des positions un peu originales, spéciales dans la société et que moi, en faisant partie de cette famille, je devais de toute façon sortir un peu du lot. Et, maintenant, j'ai déjà pu leur dire que c'est difficile pour moi et que je ne serai pas ni sportif de haut niveau, ni guide de monta-

gne, ni acteur de théâtre. Je n'ai plus besoin de montrer à mes parents ou à mes frères quelqu'un de différent. J'ai pu leur montrer qui je suis, avec mes faiblesses, ces années m'ont marqué. Maintenant, je sais que je dois simplement mettre la barre beaucoup moins haut qu'avant.

Je me dis parfois qu'il faudrait que je vive toute ma vie en communauté. Je caresse parfois le projet d'imaginer une communauté, une bergerie, des cultures de légumes bio un peu à la baba cool, reconstruire une microsociété, mais dans le fond ce n'est pas non plus ce dont j'ai envie réellement. J'ai quand même envie d'essayer autre chose.

Pendant toutes ces années dans ces centres, j'ai rencontré beaucoup de gens qui avaient la même problématique que moi. J'ai quand même envie de me dégager de tout ça.

Ce n'est pas que je renie ce que j'ai vécu, mais je suis aussi intéressé par rencontrer d'autres milieux. Je suis capable d'avoir des contacts avec toutes sortes de personnes, je me sens assez intelligent et ouvert d'esprit pour ça. J'assume en tout cas dans la parole ce que je suis, je me sens assez bien et fort pour ne pas avoir à cacher ce que j'ai vécu et ce que je souhaite maintenant. Le plus important maintenant, c'est de garder confiance, sur la longueur, dans la persévérance et d'essayer que ça tienne.

Dans les périodes où on arrête de consommer, les trois premiers mois, c'est relativement facile mais, après, il faut trouver un mode de vie qui convienne et où l'on trouve des satisfactions, arriver à lutter pour quelque chose, pour ne plus avoir à lutter contre quelque chose. Même si c'est un peu une banalité, malgré tout, cela me parle bien.

La réinsertion par le travail

J'ai peur de me confronter à ça. J'ai l'impression que je ne peux pas imaginer prendre un travail à plein temps, pour payer mon loyer, mes impôts; être huit à dix heures chaque jour dans un lieu de travail. J'ai travaillé le

plus longtemps comme paysagiste ces dernières années mais, physiquement, j'ai eu des problèmes importants ces deux dernières années et ces ennuis de santé me freinent un peu.

Spontanément, je serais vite à me dire qu'il faut que j'y aille, que je dois foncer, c'est l'euphorie du départ, mais je sais que ce n'est jamais long. Alors, c'est vrai que je préfère obtenir une aide et travailler à temps partiel, prendre le temps de trouver quelque chose qui me plaît vraiment pour me sentir bien et pouvoir aussi reprendre des activités extérieures au travail, faire de la peinture, du sport ou de la montagne.

Trouver des choses qui me font du bien. Je dois apprendre à oser faire les choses. J'ai l'impression que ce qui m'a marqué pendant ces années d'institution, c'est que finalement on connaît bien la théorie comment cela a fonctionné dans nos familles, pourquoi on réagit comme ça, on comprend ce qui s'est passé.

Moi, ma vision maintenant, mon idéal de vie, je le vise un peu parfait, je me dis qu'il faut que cela soit équilibré entre ma vie professionnelle, l'affectif, le relationnel, même si en fait je sais que ce n'est pas possible de vivre constamment cet équilibre. Il y a des périodes où l'on sera plus dans le travail et c'est là qu'on va retrouver des satisfactions, d'autres fois on sera plus lié dans sa vie de couple parce que c'est de ça dont on a besoin. Il faut que je comprenne que, même s'il y a un certain déséquilibre dans la vie, c'est comme ça que ça marche. Il faut que j'arrête de vouloir la perfection. J'idéalise parfois tellement... C'est un peu comme de décider de faire une course en montagne et d'en choisir à l'avance l'itinéraire. Si je suis bloqué en chemin et que je dois changer mon itinéraire pour contourner un obstacle, alors je désespère vite et finalement je renonce. Alors que je dois comprendre que faire un détour, même si ça prend du temps, me permet quand même d'arriver au but. Il faut vraiment que je mette ça en pratique, sinon je me freine à faire des choses, car j'ai cette tendance à me dire que cela ne va pas aller. Alors je

n'essaye même pas, c'est un peu une facilité qui m'enferme dans quelque chose. J'ai l'impression d'avoir lu, entendu et de connaître les solutions. Il faut que j'assume la non-perfection, cela paraît fou car en fait j'ai eu une vie tellement déstructurée, la vie d'un toxicomane... et j'ai vécu des choses invraisemblables: la rue, la galère. Alors que, quand je vais bien, quand je vis une vie normale, que je mange trois fois par jour, que je dors la nuit, alors là je vise la perfection, c'est complètement opposé comme attitude. Alors que, quand je vais mal, je me fous de tout... je n'ai plus de barrière, plus de chemin, plus rien du tout. Je suis vraiment dans les extrêmes.

Déculpabiliser

Ce qui m'a le plus aidé, c'est tout le travail de déculpabilisation, ce qui m'a permis de prendre conscience que je n'ai pas seulement expérimenté les drogues, mais que j'ai continué là-dedans. Le travail qui a été effectué avec ma famille: d'entendre les avis de mon père et ma mère, mes frères. Un travail d'analyse de fond.

Je suis quelqu'un qui culpabilise vite, je me sentais une merde, je me disais mais j'ai fait tout ça, pourtant je ne suis pas un con, j'ai des envies, des possibilités. Je ne suis pas un simple d'esprit. Alors, je me culpabilisais beaucoup et cette culpabilité m'empêchait de vivre et de faire des choses, je m'enfermais dans cette culpabilité et cela devenait complètement stérile. Sortir de cette culpabilité m'a fait du bien. La confrontation aux autres, à d'autres personnes qui vivent la même réalité, qui sont dans la même souffrance, qui souffrent de la même incompréhension, m'a permis de pas me sentir seul là-dedans.

Dans la consommation active, on ne se pose pas toutes ces questions, si on se retrouve ensuite seul, on a l'impression que s'en sortir c'est impossible. Dans un centre, la confrontation aux autres, à ceux qui ont fait un bout de chemin, permet de voir que c'est possible, qu'on peut en sortir,

même quand certains ne vont pas bien et qu'ils quittent les traitements. Les thérapies de groupe, c'est sans aucun doute quelque chose qui m'a bien aidé. Cela revient à ce truc d'identité que je mentionnais tout à l'heure, je trouvais vite ma place là-dedans, peut-être la place qu'en fait j'avais de la peine à trouver dans ma famille, où je me sentais un peu effacé derrière mes deux frères. Je pense que, dans ces centres, j'ai pu expérimenter des qualités de moi-même positives, me découvrir. Dans ma famille, je me sentais un peu en retrait alors je n'arrivais pas à exploiter mon potentiel; dans ces centres, j'ai réussi à découvrir des choses de moi qui sont encore là aujourd'hui.

Je pense que j'ai un peu trop séjourné dans ces centres, parce que je m'y sentais bien et que je trouvais que c'était plus facile que la rue. Même si je n'ai pas toujours mené à terme mes séjours. Comme je me sentais vite assez bien dans ces centres, je me disais: voilà je suis prêt, je suis fort. Je n'ai réalisé que dernièrement que ce bien-être était un peu fictif. Je me sentais bien et hyper fort, alors je me disais ça y est, je peux y aller et en fait je me suis assez souvent cassé les dents. J'ai mis du temps à réaliser que je cherchais à me valoriser au travers

des autres, et que ce n'était pas par moi-même que j'arrivais à avoir des satisfactions. Si je faisais par exemple un truc seul, j'avais besoin de le partager tout de suite avec les autres, j'avais besoin de leur regard approbateur, j'avais besoin d'avoir un retour des autres pour me sentir valorisé. Comme je suis toujours à la recherche de la perfection, je n'arrivais jamais à être satisfait de moi-même pour moi-même, alors il fallait au moins que je fasse plaisir aux autres, qu'on me dise: oui, c'est bien, bravo... ça me confortait. Mais maintenant, je vois que ce n'est pas comme ça que je vais pouvoir m'en sortir. Vivre au travers

du regard des autres, ce n'est pas suffisant. Pour le moment j'ai réalisé que je devais me contenter d'objectifs plus simples, d'avoir une vie plus simple, que c'est ça ma réalité. Pour le moment, je suis encore dans la théorie, je dois encore mettre en place plein de choses pour arriver à cela. Mais je me sens plus serein que dans d'autres moments de ma vie où je parlais dans des tas de projets.

Je mettais la barre tellement haut, que je savais au fond de moi que c'était de toute façon pas réaliste, cela me donnait finalement toutes les excuses pour me planter. Je rentrais dans une espèce d'auto-justification de programmation de l'échec.

Des béquilles

Maintenant, je vis dans une institution plus libre avec moins de contraintes, moins de vie de groupe, je ne vais pas pouvoir m'identifier au groupe, cela me permettra peut-être d'être obligé de me tourner vers l'extérieur. Ce n'est pas une maison où je vais pouvoir m'installer et trouver mon petit confort, c'est sans doute mieux pour moi. Maintenant, mon but c'est de prendre un petit studio, de trouver un job d'occupation, pour meubler mes journées. Tout le temps que l'on passe dans la consommation avec le produit, cela

remplit la plus grande partie de la journée. Tout ce temps, il faut pouvoir le remplir après.

Mais pour l'instant, je me sens assez confiant, même si je me méfie toujours. Mais, j'ai quand même le sentiment que je suis plus dans la réalité, que je ne pars pas avec des sandales pour gravir un sommet de 4000 m. Mon équipement est meilleur, mais, surtout, je sais que je n'ai pas l'entraînement pour me mesurer à un sommet aussi haut et que je vais peut-être me contenter d'une montagne plus accessible et que je n'ai pas besoin d'épater qui que ce soit.

Parfois, j'ai un sentiment de rage en

me disant que je suis un assisté et cette pensée m'est insupportable, je dois apprendre à reconnaître que j'ai besoin de cette aide. J'ai besoin d'un médecin, d'avoir des gens à qui parler, je dois apprendre à oser demander de l'aide. J'ai besoin d'un soutien financier, j'ai besoin d'un traitement de substitution.

Pendant longtemps, j'ai refusé cette idée de traitement de substitution; je me disais que pour être dépendant à un produit alors autant être dépendant à l'héroïne. Car, finalement, c'est la même chose, sauf que l'un des produits est socialement toléré. Je voulais montrer que j'étais le plus fort et que je pouvais arrêter à la dure. Mais je me suis si souvent trompé... alors maintenant, j'ai enfin reconnu que je pouvais avoir besoin de cette substitution, même si j'espère que mon traitement ne va pas durer pendant dix ans. Je préfère avoir cette béquille-là, cela me permet de me couper l'envie de consommer et de me stabiliser. Reconnaître que j'en ai besoin, c'est aussi quelque chose qui n'aurait pas été possible il y a quelques années. Pour moi c'est une sécurité.

Je crois que la théorie, c'est bon, je l'ai finalement bien comprise, mais l'application demeure compliquée. J'ai passé par des centres qui proposaient de la réinsertion professionnelle et, dans ce système-là, j'ai souvent eu le sentiment d'être un peu vite livré à moi-même. Dans le centre, dans le cocon, on est presque couvé. Quand on repart dans la réalité, cela devient vite un problème. «Il bosse, il est régulier, c'est bon» et le fait d'être régulier dans une activité professionnelle ne signifiait pas que j'allais réellement bien. Que j'arrivais à rentrer dans le système, planifier, maîtriser un budget, anticiper tout ce que l'on doit faire normalement. Les projets, c'est souvent rentrer dans la vie active, mais sans véritablement d'étape intermédiaire, même si c'est certainement valorisant. Mais, pour moi, cela a toujours coïncidé avec le réveil de pas mal de problèmes. Et, franchement, ce sont les thérapies de groupe qui m'ont le plus aidé. L'échange entre pairs, on peut se reconnaître dans les autres et

**C'est dur à projeter
comme ça, mais
je ne veux pas galérer
encore dix ans
c'est certain**

cette confrontation nous permet de nous construire, même si nous restons le premier acteur de notre vie.

Des relations sociales et amoureuses

Je dois aussi me reconstruire une vie sociale, j'ai une famille, mais je dois aussi apprendre à avoir des amis. Je ne veux pas en avoir des tonnes, mais quelques amis, avec qui j'entretiendrais des relations suivies, cela me semble important.

Les personnes que je fréquentais dans les périodes de consommation, je dois dire que j'ai plutôt envie de m'en éloigner. J'ai mon amie qui est aussi sous traitement de méthadone, on s'est connus dans un centre, on a vécu des rechutes ensemble maintenant on se relève les deux, chacun de son côté. Il faut que l'on tienne chacun debout de son côté et ensuite on pourra avoir un projet commun. Dans les centres, j'ai beaucoup entendu qu'un toxicomane avec une toxicomane, ce n'était

pas possible, mais j'aime cette fille et je ne me vois avec personne d'autre, ça ne se discute pas mais, de toute façon, j'ai de la peine à m'imaginer avoir une relation avec une fille qui n'ait pas vécu les mêmes histoires que moi. J'ai rencontré tellement de choses dans ce milieu, que j'ai l'impression que je ne pourrais être avec une personne qui n'a pas vécu les mêmes choses que moi, pour me comprendre et m'accepter, c'est mon sentiment. Après, c'est sûr que je connais des toxicomanes qui vivent avec des non-consommateurs et pour qui ça se passe bien. Je suis amoureux d'elle et c'est avec elle que j'ai envie d'avoir des projets, ça c'est quelque chose qui est important et qui est aidant. Notre début de relation était sain et, lorsque nous avons à nouveau consommé, notre relation est devenue vraiment fusionnelle, mais j'ai l'impression que c'était par survie, on était obligés d'être liés à ce point-là pour ne pas se perdre et nous sommes devenus co-dépendants quelque part.

Maintenant, on sort de cela petit à petit. On reconstruit une nouvelle relation. Avant de me reconstruire des relations sociales, j'ai besoin de reprendre confiance en moi. Je dois retrouver un nouveau système de vie, avoir un logement. Mais, dans le fond, j'ai aussi peur de me retrouver une fois de plus en échec, de construire de nouvelles relations et de péter les plombs et de tout foutre en l'air. J'ai envie que l'on puisse me faire confiance, que mes amis aient le sentiment de pouvoir compter sur moi. Je suis assez confiant pour mon avenir, je pense que je vais pouvoir m'ancrer dans un coin avec une vie normale, avec mon amie qui sera sûrement ma femme, en tout cas c'est mon souhait, avec des enfants dans la mesure du possible.

C'est dur à projeter comme ça, mais je ne veux pas galérer encore dix ans c'est certain, je me sens un peu usé de ça. La consommation, ce n'est plus une vie qui me plaît. Je ne sais pas où je serai, mais je sais que je serai bien.

* Au moment d'imprimer ce numéro, nous apprenons le décès d'Arnaud. C'est donc d'autant plus émouvant pour nous de vous livrer la lecture de cet article auquel il tenait.



THÉRAPIE ET MÉTHADONE EN MILIEU RÉSIDENTIEL:

au carrefour des représentations et des pratiques

Colloque organisé par l'Association
Le Radeau, centre d'accueil, Orsonnens,
avec la collaboration de COSTE
(Centrale de coordination nationale
de l'offre de thérapies résidentielles
pour les problèmes de drogues)



**Mardi 18 novembre 2003
Espace Gruyère à Bulle (FR)**

Frais d'inscription:

Fr. 120.- par personne,
étudiant Fr. 60.-
(repas, boissons et
documentation compris)

Inscription jusqu'au 10 novembre 2003 auprès de:

l'Association Le Radeau,
Centre d'accueil
Case postale 7 • 1694 Orsonnens
E-mail: leradeau@worldcom.ch
Tél.: 026 653 17 53

La réinsertion: entre obstacles sociaux et problèmes personnels

Camille Carron,
Directeur de
La Thune Sàrl;
Yves Ecoeur,
Directeur
de l'OSEO
Valais et
co-gérant de
la Thune, Sion

Dans notre société, le statut professionnel et l'insertion dans le champ du travail sont des valeurs centrales. Si le rétablissement signifie le retour à une normalité, la réinsertion professionnelle est alors la dernière étape indispensable. Des programmes spécifiques visant à faciliter la réinsertion dans ce domaine sont développés depuis plusieurs années. Que peut-on dire aujourd'hui de ces projets? Quels sont les facteurs exogènes ou endogènes qui permettent la mise en œuvre de projets professionnels? (Réd)

La première réflexion qui nous est venue à l'esprit lors de l'évocation du thème de ce numéro de **dépendances** est la suivante: peut-on parler de rétablissement ou de guérison comme un but quand on a pour mission principale la réinsertion socioprofessionnelle de personnes au chômage ou bénéficiant de l'aide sociale? Évidemment non, car se retrouver sans emploi n'est pas une maladie en soi, cela peut être tout au plus un accident de parcours. Immédiatement se pose la question de l'individualisation d'un fait social. Immédiatement se pose la question du macro-économique ou macro-sociologique versus individu. Immédiatement se pose la question de la détermination versus liberté individuelle.

Le but de cet article n'est pas de trancher dans ce débat, ce qui est impossible à faire de façon définitive. Nous allons simplement, donc de façon très empirique, donner des exemples de best practice et mentionner des éléments qui permettent à des individus de se réinsérer socialement ou professionnellement.



L'OSEO et La Thune: deux exemples pratiques

Pour comprendre d'où nous parlons, un détour sur nos institutions et les publics qui les fréquentent est indispensable.

L'OSEO est active en Valais depuis bientôt 10 ans. Nous y organisons des Emplois temporaires subventionnés avec formation spécifique, des pro-

grammes pour personnes en fin de droits, un Semestre de motivation pour les jeunes en rupture de formation ou à la recherche d'une place d'apprentissage, et deux modules spécifiques d'intégration pour les personnes migrantes, dont l'un spécifique pour les femmes.

Les publics cibles de ces projets sont les demandeurs d'emplois (DE), les jeunes au chômage et les migrants (soit DE, soit réfugiés statutaires). Les objectifs sont différenciés par projet, mais, globalement, nous pouvons dire qu'il s'agit de donner des outils pour améliorer l'aptitude au placement des individus qui viennent chez nous. Un autre objectif est de fournir des outils d'intégration tels que la connaissance du français, des infrastructures locales par exemple. Globalement, il y a à l'OSEO Valais des DE de toutes catégories, des personnes avec un haut niveau de formation, d'autres peu formées voire pas du tout. Cependant, notre approche se concentre davantage vers les publics les plus en difficulté, ceci en relation avec les handicaps dus au statut d'étranger, de femme, ou de personne peu ou pas qualifiée. En 2002, 350 personnes ont

suivi une mesure à l'OSEO Valais et l'équipe d'encadrement est composée actuellement de 23 professionnels, dont la grande majorité à temps partiel.

La Thune Sàrl, fondée en 2000, est une entreprise sociale plus récente qui travaille avec des personnes au bénéfice de mesures liées à la LIAS (loi sur l'intégration et l'aide sociale) ou totalement hors du circuit social traditionnel. Les travailleurs de la Thune sont souvent éloignés du marché du travail depuis longtemps et nombre d'entre eux ont de graves difficultés dues à leur toxico-dépendance.

Paradoxalement, il est demandé à ces personnes d'accomplir un véritable travail qui sera vendu à des privés ou à des collectivités. Une productivité (adaptée) est donc indispensable à la Thune Sàrl pour survivre économiquement. Le «vrai travail», selon l'expression utilisée par les employés, par opposition à l'activité proposée dans certains programmes d'occupation, est l'outil d'intégration choisi pour répondre aux besoins de reconnaissance professionnelle et sociale de personnes vivant en marge depuis des années.

En 2002, 22 personnes ont travaillé à la Thune et l'encadrement était composé de trois personnes à temps partiel.

Travail d'insertion professionnelle

Nos deux structures ont plusieurs points communs: d'abord un travail d'insertion socioprofessionnelle et un travail avec des individus considérés comme défavorisés; ensuite, la plupart du temps, une approche qui se fait à trois: le participant ou le travailleur, un mandant (l'ORP ou l'assistant social) et le professionnel de l'OSEO ou de La Thune; et enfin la nécessité d'accomplir un travail avec un participant afin de l'amener d'un point x à un point y, sachant qu'il fait lui le trajet.

Autre point commun méthodologique de base (mais à rappeler néanmoins): un constat (diagnostic) comme point de départ qui débouche sur un plan d'action; puis de l'action elle-même des résultats à évaluer, puis une nou-

velle action. Cette base méthodologique (qui reprend la fameuse roue de Deming: *plan+do+check+act*) est indispensable si l'on veut favoriser une amélioration de la situation des personnes. C'est dans ce cadre que l'on peut trouver les leviers qui font avancer une personne, et les obstacles qui empêchent une progression.

Leviers et obstacles dans la progression

Notre pratique professionnelle nous démontre qu'il est indispensable que le professionnel de l'action sociale et le participant/travailleur (termes préférés à ceux de clients ou usagers) s'écoutent et s'entendent. Évidence certes, mais à rappeler. Un deuxième obstacle récurrent à une amélioration de la situation peut être le déni de la personne quant à ses difficultés ou quant aux causes de ses difficultés. Troisièmement, le manque de confiance envers le professionnel brouille la relation. Enfin, la certitude d'être «un cas à part» empêche aussi souvent d'avancer vers une solution. Pour cheminer sur la voie de la guérison, il faut donc que des conditions extérieures à la personne et inhérentes à elle-même soient réunies. Elles conditionnent son adhésion au processus de réinsertion, et par là permettent une réhabilitation ou une insertion. On peut procéder à une analyse SWOT¹ afin de classer ces éléments, ce que l'on fait ci-dessous.

Un contexte déterminant

Les éléments exogènes, ou ne dépendant pas de l'individu, peuvent être classifiés en facilitateurs et en empêcheurs.

Au niveau des **facilitateurs** (ou opportunités):

- On peut citer premièrement la clarté du mandat de base. La définition de ce mandat et la situation de départ doivent être claires pour toutes les parties prenantes. Ensuite, les objectifs doivent être définis en commun (souvent entre le participant, le conseiller ORP ou l'AS, et le professionnel de l'institution d'accueil).

Un objectif doit être SMART (spécifique, mesurable, adapté, réaliste, et avoir un timing).

- La possibilité de choisir de participer ou pas à une mesure a également une grande importance, même si elle n'est que partielle, et parfois illusoire, le versement du salaire ou des indemnités dépendant souvent de la «collaboration» du bénéficiaire.
 - De même, la capacité du travailleur social de faire alliance avec le participant favorise un climat favorable à la participation à un processus de changement et facilite l'adhésion. Mais sans perdre de vue les objectifs et les exigences du cadre qui responsabilisent la personne. Sinon, gare aux phénomènes de co-dépendance!
 - Un cadre valorisant et chaleureux, ainsi que l'émulation d'un groupe de travailleurs, motive aussi fortement les participants.
 - Une offre adaptée de formations (évidemment pour adultes) est également fondamentale tant pour enclencher des processus de changement que pour l'estime de soi des participants. Là encore, il faut aller en direction des besoins avérés des participants et y répondre, dans la direction du projet mis sur pied.
 - Une prestation supplémentaire de coaching individualisé, mis en place à l'OSEO Valais, représente un plus considérable. Concrètement, une personne, en dehors de l'encadrement habituel du DE et donc sans lien hiérarchique avec lui, travaille sur les possibilités personnelles de celui-ci, sur son projet de vie et essaie de l'amener à des changements. L'introduction de cet outil a donné d'excellents résultats avec les participants de l'OSEO Valais.
 - Enfin, la possibilité réellement ressentie d'une intégration sociale ou professionnelle est fondamentale.
- Les menaces** du contexte, ou les éléments qui empêchent une bonne adhésion au processus, sont les éléments cités ci-dessus, mais en négatif ou absents. On peut citer:
- L'obligation de participer à une mesure d'insertion. A cet égard, il faut rappeler que cette obligation faite

aux personnes de participer à une mesure pour toucher de l'aide sociale va à l'encontre d'un processus de changement personnel. La contre-prestation est donc contre-productive en terme de projet personnel, tout au plus permet-elle (mais à quel prix et avec quelle éthique?) de trier les «bons pauvres des mauvais».

- La non-compréhension (pas uniquement due à des problèmes de langue) du mandat et/ou des objectifs ou la non-acceptation du plan d'action perturbe le processus.
- Des attentes qui sont celles du réseau de professionnels et qui ne sont pas intégrées par le participant.
- Un entourage qui sabote le processus est également source de parasitages.

Ces éléments forment la trame externe au participant. Ils forment le terreau sur lequel une adhésion à un processus de changement visant une guérison ou une réhabilitation peut se réaliser. Dans la gestion du personnel, il est impossible de motiver quelqu'un à sa place (tout au plus peut-on mettre en place les conditions de la motivation). De même avec les travailleurs/participants, il faut s'assurer que ces éléments facilitateurs soient présents. Ensuite, d'autres éléments internes à la personne interviennent.

Les facteurs internes

Au niveau des facteurs internes, on peut aussi citer des éléments en positif:

- Il faut tout d'abord que le participant arrive à retrouver un état mental et affectif acceptable qui le rende réceptif à l'idée d'un changement. Cela passe aussi par la résolution de problèmes matériels très concrets qui peuvent grandement perturber les personnes.
- L'impression d'être pris en compte et d'être accepté est également fondamentale. A cet égard, le travail de respect et de confiance réciproque trouve tout son sens.
- La certitude du participant que le projet élaboré a un sens pour lui est un élément incontournable d'une possible réinsertion. Le sens doit

être relié aux possibilités réelles du participant, et à la réalité socio-économique locale.

- Une ouverture au changement et aux autres représente une autre condition importante pour arriver à passer d'un état X à un état Y. Mais le changement signifie aussi perte d'identité et de repères, d'où des peurs souvent fortement présentes.

De l'autre côté, on peut remarquer:

- Un encombrement émotionnel dû à des difficultés matérielles, ou à des deuils non effectués, rend un changement plus difficile.
- De même, les difficultés de santé sont très souvent des obstacles quasiment infranchissables, ceci d'autant plus que de nombreuses personnes doivent accomplir dans les programmes de réinsertion des tâches très lourdes.
- Il faut aussi rappeler qu'un mauvais «feeling» avec la personne qui suit le participant ne permet pas d'instaurer un véritable dialogue, prémisses à la mise sur pied de solutions innovantes.
- Le manque d'estime de soi, dû à des échecs à répétition ou à une histoire de vie difficile, rend la tâche plus difficile. Le découragement et le sentiment d'inutilité plombent les essais de nombreuses personnes. L'importance de programmes motivants avec des récompenses matérielles (salaire ou indemnités) ou immatérielles (cela va de la reconnaissance du client qui a acheté une prestation aux félicitations du chef d'équipe qui salue un travail bien accompli) n'est plus à démontrer. Avec ces personnes, il est indispensable que les objectifs soient bien adaptés pour qu'elles puissent faire l'expérience de réussites, d'abord petites puis progressivement plus importantes.

Part d'incertitude

Le listing quelque peu brut des éléments exogènes et endogènes facilitant ou empêchant l'adhésion à un processus de changement ne donne qu'une idée du paysage général dans lequel un individu se trouve. Il ne dit

encore rien sur ce qui se passe vraiment, et pourquoi Madame Z arrive à s'en sortir et Monsieur Y pas. S'il existait une réponse simple et univoque sur pourquoi précisément Madame Z y arrive et pas Monsieur Y, c'est que la question était mal posée... En effet, nous devons accepter cette part d'ombre (liberté individuelle, hasard, passé?) qui nous échappe et provoque cette incertitude, qui rend notre petit savoir à d'improbables recettes. Notre pratique nous enseigne que des éléments doivent si possible être présents pour se donner le maximum de chances d'arriver à une insertion que l'on peut assimiler à une guérison. Elle ne nous renseigne guère sur ce qu'il faut entreprendre a priori avec telle ou telle catégorie de participants. Ces best practices méritent d'être rappelées car, le nez dans le guidon, on oublie souvent ces quelques principes de base.

Le processus de réinsertion ne peut finalement pas se résumer à une guérison ou au passage d'un état de maladie à celui d'une santé (re)trouvée. Cela serait trop individualiser un phénomène économique, comme le chômage tel que le connaît notre pays. Comme analystes de la réalité socio-économique nous savons bien que notre économie a perdu des centaines de milliers d'emplois et que les participants de l'OSEO ou que certains travailleurs de la Thune Sàrl sont des victimes d'une économie qui exclut de plus en plus les personnes peu qualifiées, plus âgées ou considérées comme insuffisamment productives. Comme praticiens de la réinsertion cependant, nous ne pouvons que constater que de nombreux individus, considérés comme condamnés sans rémission, ont réussi à trouver un projet personnel qui les motive ou une place de travail donnant indépendance financière et dignité.

Note

¹Outil qui permet simplement de classer le contexte d'une institution Opportunité-Menaces et ses éléments internes (Forces-Faiblesse) afin de se positionner et planifier une action (Strength-Weakness; Opportunities-Threatness)

CARREFOUR PREVENTION®

J'  les non-fumeurs


CIPRET
PREVENTION TABAGISME
GENEVE



fegpa
prévention alcoolisme



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567
CH-1211 GENEVE 4
carprev@iprolink.ch
www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi-jeudi 9.00-17.00
Vendredi 9.00-13.00
Tél. 022 321 00 11 - Fax 022 329 11 27

ADiGe : Permanence tous les mercredis de 17 à 19h.

Jean-Claude
Pittet, direc-
teur-adjoint
de l'Association
du Relais

Une réflexion macro-économique, entre envie de bien faire du monde associatif et réalités des disciplines de l'économie. Des logiques en apparence antagonistes s'affrontent. Nous proposons ici une lecture critique des modèles économiques dominants qui tendent à imposer leurs logiques, et des effets pervers induits par la primauté et la domination de la rentabilité. Les entreprises de réinsertion contribuent-elles au désengagement de l'Etat? Quelles sont alors les chances de se réhabiliter au travers d'une mesure de réinsertion professionnelle dans ce contexte? (Réd)

Réflexion sur l'insertion socioprofessionnelle de toxicomanes à partir de l'expérience de l'Association du Relais



L'emploi en Suisse se caractérise pour l'année 2003, par une hausse soutenue du nombre de chômeurs et de demandeurs d'emploi¹. Si l'on combine ce phénomène avec celui de la croissance des exigences en matière de formation, de compétences professionnelles et de flexibilité, quelles sont dès lors les chances des personnes toxicodépendantes de retrouver un emploi stable, valorisant et rémunérateur? En d'autres termes, l'insertion professionnelle est-elle aujourd'hui le fruit du hasard ou l'issue heureuse d'une stratégie réfléchie et d'une mise en œuvre efficace d'un processus d'insertion?

1) Qui sont ceux qui peuvent mettre en œuvre un processus d'insertion professionnelle pouvant s'appuyer sur des stratégies actives?

2) Qui sont ceux qui, par manque de connaissances, de compétences, de ressources personnelles mobilisables ou d'un réseau relationnel dense, sont contraints à mettre en œuvre des stratégies d'accès à l'emploi basées sur le hasard?

Malheureusement, en Suisse romande, la connaissance sociale et la recherche sur l'insertion professionnelle des adultes en difficulté, et plus particulièrement celle des toxicomanes, sont encore peu développées, pour ne pas dire inexistantes.

C'est à partir des expériences du Relais dans la création et la gestion de ses

entreprises d'insertion et de ses espaces de formation qualifiants, que cet article dressera les préoccupations qui nous animent. Nous traiterons plus particulièrement des entreprises d'insertion dites par l'économie, des espoirs, mais aussi des doutes qui pèsent sur elles.

L'insertion socioprofessionnelle: la vocation première du Relais

L'Association du Relais, active depuis trente ans, a toujours fait face aux nouvelles problématiques sociales en développant des programmes d'action sociale destinés à des publics plus ciblés tels que toxicomanes, sidéens, chômeurs. En vertu du principe de subsidiarité qui caractérise en Suisse



tutions privées à caractère social qui créent et gèrent des entreprises d'insertion dans le but de maintenir le lien social, de favoriser l'insertion professionnelle en développant de nouveaux emplois concurrent-elles à la création d'un modèle d'intégration renouvelé ou participant-elles à une libéralisation accrue des échanges et au désengagement de l'Etat?

Une alternative à l'exclusion

Les propositions pour développer les entreprises d'insertion reposent sur un constat assez simple. Premièrement, à force de disparaître, les emplois finissent par manquer. Deuxièmement, les besoins à satisfaire pour améliorer la qualité de la vie dans notre société restent très importants. Faute de rentabilité immédiate ou par manque de solvabilité de la demande, ces besoins ne sont pas satisfaits par le privé. Quant à l'Etat, il renonce à les satisfaire faute de fonds disponibles. Les partisans de ce développement imaginent pouvoir créer des emplois dans des domaines d'activité aussi variés que la formation, les services sociaux, la garde d'enfants ou de personnes âgées ou encore dans les métiers de l'environnement, de la rénovation, voire de l'alimentation. Les mécanismes financiers restent encore à préciser mais, en gros, ils mobiliseraient à la fois des ressources privées (paiement partiel des consommateurs) et publiques (subventionnement partiel en fonction d'un taux progressif d'autofinancement par exemple).

C'est ainsi que Jeremy Rifkin (1999) affirme que ce nouveau secteur est une alternative aux problèmes posés par le chômage⁴. Jean-Louis Laville (1994), chercheur au Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie (CRIDA), insiste sur la notion d'«hybridation» des économies marchandes, non-marchandes et non-monnaies de manière à créer des initiatives locales d'un nouveau type ayant pour mission de contribuer «à la fois à la cohésion sociale et à la création d'emplois par le rassemblement d'usagers, de professionnels et de bénévoles, ces initiatives concernant

le développement de l'action sociale (Butschi et Cattacin 1996 et Martignoni et Rossini 1999), l'Association du Relais a le plus souvent avancé les fonds nécessaires au démarrage de ces activités. Ce n'est qu'une fois la problématique devenue une préoccupation politique et documentée que l'Association obtenait des fonds additionnels pour consolider, voire développer la prise en charge des populations concernées.

A ce jour, l'Association du Relais exploite une dizaine de structures dans différents lieux du canton de Vaud. Il s'agit d'une structure résidentielle basée à Morges, de quatre structures ambulatoires dites Action Socio-éducative en Milieu Ouvert (ASEMO) dont une spécialisée dans l'accompagnement de sidéens, de six entreprises d'insertion regroupées à Morges, de deux centres de formation pour chômeurs et bénéficiaires du Revenu Minimum de Réinsertion (RMR), d'un dispositif itinérant d'éducateurs de rue et d'une structure de

coordination des acteurs concernés par les problématiques de toxicodépendance au sein de la région lausannoise et du canton. Une centaine de professionnels de l'action sociale compose le personnel de l'Association. Celui-ci dispense ses prestations à plus de mille personnes qui font appel annuellement à ces différentes structures.

Les entreprises d'insertion par l'économique: entre l'espoir et le doute

Encore peu nombreuses en Suisse², ces entreprises sont présentes aussi bien en Europe qu'en Amérique du Nord³. Elles tentent de répondre à l'essoufflement du modèle d'intégration reposant sur l'économie publique et privée et sont associées au tiers secteur à finalités sociales et économiques (Defourny, 1996). Toutefois, ces initiatives suscitent un débat nourri et fort intéressant que nous pourrions résumer en ces termes: les insti-

l'aide à domicile et l'accueil des jeunes enfants aussi bien que la santé, le transport, la culture ou les loisirs» (op. cit.: 136).

Defourny (1992) confie aux entreprises d'insertion une mission de «rat-trapage et d'anticipation». Il relève qu'elles peuvent s'avérer être un complément à l'action des pouvoirs publics et cela dans chacune des trois grandes fonctions que ceux-ci assument, soit celles de la production de services d'utilité collective, de redistribution et de régulation.

Les principaux arguments⁵ en faveur des entreprises d'insertion peuvent se résumer ainsi:

- Le tiers secteur/économie sociale et les entreprises d'insertion constituent une source quasi inépuisable d'emplois;
- Elles représentent une alternative à la crise de l'emploi actuelle en développant des emplois utiles à la société;
- Beaucoup de ces nouveaux emplois se trouvent dans la demande sociale qui ne peut être satisfaite compte tenu de sa faible solvabilité;
- Une réorientation de certaines subventions publiques doit s'opérer, l'usager doit en payer une partie et le bénévolat doit être mobilisé;
- La définition des activités doit être tripartite (Etat, monde associatif et usagers/consommateurs);
- La mobilisation des citoyens renforce les liens sociaux et l'espace associatif ainsi créé constitue un espace de vie démocratique;
- Les entreprises d'insertion par l'économique peuvent représenter une nouvelle forme de distribution du revenu et remplir une fonction d'allocation des ressources;
- En période de crise, elles peuvent être un complément à l'action de l'Etat dans ses fonctions de régulation;
- Passage du welfare state au welfare mix.

Séduisant sur le papier, le développement de ce tiers secteur et des entreprises d'insertion qui lui sont associées semble pourtant comporter de

sérieuses difficultés de mise en œuvre et n'est pas exempt d'effets pervers. De plus, le concept reste flou, notamment en raison des frontières évolutives avec les secteurs du marché et de l'Etat. C'est ce que nous allons présenter ci-dessous.

Illustration du désengagement de l'Etat

Boivin et Fortier (1998), auteurs de l'ouvrage «L'économie sociale: l'avenir d'une illusion», s'inquiètent de ce développement. A la question des gisements d'emplois que représente ce secteur, ils démontrent que, si les entreprises d'insertion ainsi définies représentent effectivement une source inépuisable d'occupations, on voit difficilement en quoi elles contribueront à redistribuer la richesse matérielle. Les occupations qu'elles promeuvent ayant plus pour objectif de produire «un sens à la vie» que de créer des biens, il est peu probable qu'elles assurent une quelconque distribution des richesses⁶. Ce qui pose tout le problème du financement des programmes ou entreprises dites d'économie sociale. Certaines d'entre elles, les coopératives par exemple, offriront des services et produiront des biens dont la circulation se fera selon les règles du marché: elles pourront donc s'autofinancer. Mais la plupart d'entre elles existeront pour prendre en main ce que le marché délaisse justement parce qu'il n'y a pas d'argent à y faire. Ces organisations dépendront alors des subventions du gouvernement ou des possibilités de sous-traitance pour l'Etat. Pour l'instant, tout porte à croire que ce type de financement consistera à un transfert de fonds des services publics – vers l'économie sociale. Ce qui, concrètement, impliquera un transfert des assistés sociaux vers les entreprises autogérées de l'économie sociale, «façon élégante d'instaurer

un système de travaux forcés» (op. cit.: 17). Pour ces auteurs, l'économie sociale et les entreprises d'insertion qui en font partie représentent une face à peine cachée du néolibéralisme et de la déréglementation du travail. Plutôt que de renforcer la capacité politique d'agir sur le capitalisme, l'économie sociale emprunte à la logique économique sa vision entrepreneuriale de notre société. C'est le glissement du welfare au workfare.

S'agissant de la question plus précise des types d'emplois concernés par ce tiers secteur à utilité sociale (gardes d'enfants, aide à domicile, etc.), Grel (1998) n'est pas moins virulent. Il y voit une marchandisation généralisée de la société. Il divise ce marché des

services de proximité en deux grands types. Les services de réparation: «Ces formes d'intervention sur autrui sont le fait de spécialistes dotés de compétences techniques. Pour de nombreuses raisons, et en particulier leur coût, l'expansion de ces services ne peut être que limitée» (op. cit.: 202). Le second grand type de services relève

Le développement des entreprises de réinsertion n'est pas exempt d'effets pervers

«des travaux de serviteur qui prennent des formes de néodomesticité et de sous-emplois⁷, c'est-à-dire les travaux que ceux qui gagnent bien leur vie transfèrent, pour leur avantage et sans gain de productivité, sur celles et ceux pour lesquels il n'y a pas d'emploi dans l'économie» (op. cit.: 202). Dans le cas de ce dernier type d'emplois, et en admettant leur faible rémunération et protection sociale, le risque est grand de créer une espèce de sous-marché de biens d'utilité collective, sorte de «marché autogéré de la misère».

Enfin, concernant la complémentarité de l'économie sociale et des entreprises d'insertion à l'action des services publics, Boivin et Fortier (1998) n'y voient qu'un transfert de tâches au monde associatif. «Le discours néolibéral propose une nouvelle citoyen-

neté responsable dont l'un des éléments significatifs, le partenariat pour le développement social, justifie la déconstruction de l'Etat régulateur, estimé lourd et incompétent, et donne des allures vertueuses à la société civile, qu'on présuppose proche des gens, de leurs préoccupations et de leurs besoins. Dans la foulée de ce re-engineering de l'Etat, on privatise ce qui est rentable et on transfère le reste au secteur associatif et communautaire.» (op. cit.: 15). Quant à cette nouvelle forme de redistribution du revenu, les auteurs y voient surtout une déresponsabilisation de l'Etat face à la redistribution des richesses. Ces différents points de vue soulèvent une série d'effets pervers que nous résumerions ainsi:

- Production de services bas de gamme réservés aux groupes défavorisés;
- Dévalorisation des activités conçues davantage pour tenter d'insérer ou de réinsérer des personnes que pour les usagers/consommateurs;
- Apparition de nouveaux serviteurs;
- Renforcement d'un système à deux vitesses, ceux qui peuvent se payer ces nouveaux services et les autres;
- Désengagement de l'Etat dans sa fonction de redistribution des richesses;
- Remise en question des principes de gratuité de certains services;
- Substitution d'emplois du secteur public par ceux du tiers secteur (cette substitution est également possible avec les emplois de l'économie privée) moins bien protégés;
- Pression à la baisse sur les conditions et les salaires des employés du secteur public;
- Institutionnalisation d'un marché de seconde zone pour citoyens et citoyennes de seconde zone;
- Dérive du «welfare» au «workfare».

Une économie de misère

On le voit donc, le risque est grand que ce tiers secteur se transforme en une économie de misère et de dernier recours, «normalisée». Nombreux sont ceux qui en sont conscients. Ainsi,

Vaillancourt (1998) précise que ce modèle ne peut se crédibiliser que s'il est «ouvert à la démocratisation de l'ensemble de l'économie et des services collectifs et où l'Etat demeure la principale instance de régulation et de redistribution, l'économie sociale peut assurer la production de certains services de qualité non offerts directement par le réseau étatique. Le modèle que nous soutenons nécessite le maintien et le renouvellement des services publics dispensés par l'Etat. Ainsi, il n'entraîne pas la substitution d'emplois. Enfin, comme pour les services collectifs produits par l'Etat, les services de l'économie sociale doivent être offerts par des travailleurs et des travailleuses dont les conditions de travail sont adéquates» (op. cit.: 5). Par conséquent, le développement de ces entreprises d'insertion ne pourra se faire sans le soutien et la reconnaissance des pouvoirs publics, avec tous les risques d'instrumentalisation du monde associatif que le recours à l'aide publique implique. De plus, un effort financier et humain devra être consenti pour développer les compétences du personnel et leur garantir des salaires comparables aux services publics et à ceux de l'économie privée. L'addition risque d'être plus lourde que prévu pour la collectivité.

La question de la concurrence entre le tiers-secteur et les secteurs privé et public doit être également au centre de l'attention. Si les emplois des entreprises d'insertion ou de réinsertion se substituent aux emplois publics et privés, leur effet sur le chômage sera nul. Bien sûr, plusieurs auteurs reconnaissent la nécessité de créer des comités de contrôle de la concurrence réunissant des représentants syndicaux, patronaux ainsi que ceux du monde politique et associatif. Toutefois, le processus de mise en place sera long et leur fonctionnement très probablement semé d'embûches. On pourrait également imaginer un regroupement de ces différentes institutions qui fassent pression sur l'Etat pour que celui-ci réponde davantage aux préoccupations des citoyens et citoyennes.

Dans ce contexte et à défaut de mettre en œuvre les conditions de financement, de formation du personnel de ces organisations, de mise en réseau, de collaboration étroite avec l'économie privée et les pouvoirs publics, il y a de forts risques que ces entreprises participent à la seule gestion sociale de la pauvreté et constituent une forme déguisée du désengagement de l'Etat dans sa fonction de régulation sociale.

De l'illusion aux opportunités

Les critiques portées à l'encontre des entreprises d'insertion sont largement justifiées et nécessaires pour que, de façon générale, la problématique et la base de connaissance de ce secteur puisse progresser. Ceci étant, les critiques sont elles aussi sujettes à caution. En effet, nous avons suggéré, ici et là, que plusieurs des critiques formulées pouvaient aussi bien s'adresser à d'autres configurations socio-économiques ou tendances touchant aux formes de l'emploi en général. La question est plutôt de savoir si l'on n'est pas plutôt au milieu d'une mutation du marché du travail marquée par des dangers, reculs et effets pervers de diverses sortes et que, dans ce contexte, les formes propres aux entreprises de réinsertion ont malheureusement la propension à ne correspondre que trop bien à ces orientations.

Autre «critique de la critique», notamment sur l'accusation de former de la néodomesticité, de la servitude cachée. Le modèle qui n'en constituerait pas n'existe pas et les modes de création d'emplois de seconde zone sont multiples, la société n'ayant pas attendu les entreprises de réinsertion pour fabriquer ces décalages. S'agit-il encore une fois d'un phénomène dont ces entreprises seraient le générateur ou y a-t-il une tendance lourde à l'œuvre dans notre société pouvant aussi prendre appui sur les entreprises en question pour se développer? Répondre à cette nouvelle question revient à se demander, plus radicalement, si malgré les critiques exprimées jusqu'ici, il n'existe aucune valeur ajoutée sociale possible dans

ce type d'expérience. Nous allons donc maintenant nous efforcer de suggérer à quelles conditions cela nous semble concevable.

Précisons tout d'abord que la création d'entreprises d'insertion ou de réinsertion pour personnes toxico-dépendantes ne peut constituer un but en soi. Ce n'est qu'un vecteur participant à un processus de plus grande amplitude, un travail de mise en réseau, de préparation de la transition, voire de suivi des personnes dans leur progression ultérieure.

Les facteurs à prendre en compte et à valoriser sont les suivants:

Pour la personne bénéficiaire d'un emploi:

- le soutien des différents rôles et des différentes compétences que la personne en voie de réinsertion doit assumer dans son parcours; de manière générale le renforcement de la personnalité (plusieurs plans d'action conjoints) pour que l'action entreprise soit durable, profonde et résiliente;
- l'utilisation des expériences positives comme principe de rebonds et d'élaboration de projets nouveaux, à court et à moyen termes;

Pour l'entreprise (et par ricochet pour la personne bénéficiaire d'un emploi):

- le développement d'un réseau de partenaires, dont plusieurs doivent être des entreprises non subventionnées, réseau devant permettre l'acquisition de connaissances et aussi la facilitation de la sortie des employés lorsqu'ils quittent l'entreprise (phase «transitive»-clé, selon Castra 2003⁸, qui doit en effet être pensée et intermédiée);
- l'exposition aux règles économiques;
- l'ouverture sur plusieurs dimensions de la société (économie, mais aussi monde associatif, dimension culturelle et artistique, santé)⁹;
- l'ouverture sur de nouvelles niches d'activités, de nouveaux métiers ou, en tout cas, de nouvelles activités et qualifications attractives, afin de lutter contre la tendance de reléguer constamment les personnes toxico-

dépendantes dans le registre des sous-boulots.

La formation, enfin, doit suivre cette même logique. En effet, on peut distinguer entre:

- 1) une acception «faible» du terme de formation, essentiellement orientée vers l'acquisition de savoirs spécifiques, avant tout qualifiants sur le plan professionnel, ou même, éventuellement, soucieux d'élargir l'horizon des personnes formées (cours de littérature, de sport, etc.);
- 2) une acception «forte» de la notion de formation, d'emblée envisagée comme constituée de volets diversifiés et complémentaires, gérée dans une idée convergente de progression de la personne, et en confrontation toujours plus favorable face aux contraintes externes (hors de la sphère protégée du travail social).

Un mariage bénéfique

Il est certes possible d'aller plus loin que ces exigences minimales, mais nous voulions esquisser un pas dans la direction de ce que, d'une part, nous tentons de mettre en pratique dans le cadre de l'Association du Relais et, d'autre part, nous sentons comme répondant de plus en plus aux caractéristiques et aux pressions sociales d'aujourd'hui. Notre Association s'est toujours fait un point d'honneur à suivre, voire anticiper cette évolution des pressions sociales par des initiatives nouvelles, dans la forme, le mode opératoire ou la localisation géographique. Ces quelque trente ans de recul sur la création d'entreprises d'insertion ou de réinsertion, les paradoxes et effets pervers soulevés par leurs détracteurs, nous les avons vécus de l'intérieur et avons tenté, de diverses manières, d'apporter des correctifs et, finalement, des approches nouvelles. La démarche de plus en plus holistique que nous évoquons ici comprend du reste de nombreux volets d'intervention complémentaires, qui ont un caractère expérimental. La réinsertion professionnelle n'est qu'un des

chemins, privilégié — mais jamais exclusif! — développés dans le cadre de notre travail pour contribuer à la réinsertion, dans son sens le plus global. Le mariage de l'exigence économique avec l'effet de passerelle sociale (et donc de portier¹⁰ en pensant à l'entrepreneur de ce type de structure) que doit constituer l'activité de réinsertion professionnelle, proche de celle de «relais» qui se trouve donc au centre de nos préoccupations, en raison des difficultés rencontrées jusqu'ici, puisque ces ambiguïtés sont aussi celles que les personnes toxico-dépendantes devront en fin de compte surmonter.

Afin de rester critiques face à nos propres initiatives, nous ne voyons pas d'autres moyens que de dialoguer et d'échanger sur les connaissances et les expériences aussi diverses que possible¹¹, d'une part avec des partenaires du secteur social ailleurs en Suisse, en Europe et dans le monde (afin d'échapper au confinement d'une vision ultra-locale) et d'autre part avec des partenaires forts de ce secteur, notamment dans le monde économique et dans les sphères associatives les plus variées. Cette extériorité à maintenir à tout prix s'est avérée nécessaire pour éviter l'auto-référencement et la complaisance; elle l'est probablement plus que jamais pour les défis à venir.

Notes

¹ Selon le SECO, leur nombre pourrait dépasser 200'000 dans le courant de l'année 2003.

² Peu nombreuses et/ou mal documentées, voir à ce sujet le rapport scientifique résumé DO-RE, de Véronique Tattini et Jean-Charles Rey: Les entreprises sociales en Suisse: caractéristiques et conditions de développement, HEVS2, 2003.

³ Les termes d'entreprises sociales ou d'insertion par l'économie sont les plus usités dans la littérature francophone.

⁴ «Au contraire de l'économie de marché, qui ne s'appuie que sur la productivité et peut donc envisager la substitution des machines aux hommes, l'économie sociale repose sur les relations entre les gens, sur la chaleur humaine, la camaraderie, la fraternité et la responsabilité — qualités

difficilement automatisables. Précisément parce que ces vertus sont inaccessibles aux machines, elles seront le refuge naturel des victimes de la troisième révolution industrielle qui auront vu leur force de travail perdre quasi toute valeur marchande et seront à la recherche d'un nouveau sens à leur vie» (op. cit.: 378).

⁵ Pour des impératifs de temps et de place, nous avons opté pour une présentation des arguments gravitant autour de ces entreprises d'insertion de manière à les faire apparaître comme la seule alternative crédible à l'exclusion massive d'individus du marché du travail. En optant pour cette présentation, nous sommes conscients que nous faisons l'impasse sur les nuances apportées par les différents auteurs. Les éléments conclusifs de cette dernière partie nous permettront d'y remédier partiellement.

⁶ Nous reviendrons plus loin sur le fait que cette critique n'est pas vraiment spécifique aux entreprises d'insertion ou de réinsertion.

⁷ Ici encore, nous verrons que la critique n'est pas véritablement spécifique.

⁸ Le danger de ne pas inclure cet objectif au cœur même du travail de réinsertion serait en effet, sous l'alibi de peut-être, un jour, réinsérer, de favoriser une nouvelle dépendance, à savoir celle constituée par une socialisation interne. Cette idée-force de Castra ou le problème de ne pas pouvoir garder une personne redevenue efficace (car devant laisser sa place à d'autres, en

quelque sorte plus nécessiteuses) s'inscrit dans un paradoxe éducatif difficile à assumer.

⁹ Ce dispositif est celui que nous préconisons à travers le projet Espace Découverte, formation multi-facettes, complémentaire à l'acquisition des qualifications professionnelles mais dans notre projet «outsourcée» (confiée par des entreprises de réinsertion à une interface spécialisée). Espace Découverte prévoit aussi de s'attacher à débusquer et explorer expérimentalement (par des cours, des projets), les potentialités des personnes, indépendamment de leurs diplômes (ou manque de diplômes). Nous ne voyons aucun obstacle à ce que les entreprises de réinsertion aillent dans cette direction, si l'on songe par exemple que plusieurs pays ont déjà acquis des compétences importantes dans la validation des acquis de vie.

¹⁰ Ceci reprend à nouveau une des idées-forces de Castra (op. cit.).

¹¹ A ce propos, il faut souligner l'initiative du Collectif des entreprises d'insertion du Québec qui met sur pied une rencontre internationale (Canada, France, Belgique et Suisse) sur le thème des entreprises d'insertion par l'économie en 2004.

Références

BOIVIN Louise et FORTIER Mark (dir.), (1998) *L'économie sociale: l'avenir d'une illusion*, Québec, Fides.

BILLIS David (2000.) *A Theory of the Voluntary Sector: Implications for Policy and Practice*. Londres: Center for Voluntary Organizations, Working paper N° 5.

BÜTSCHI Danielle et CATTACIN Sandro, (1994) *Le modèle suisse du bien-être*: Lausanne, Editions Réalités Sociales.

CASTRA Denis, (2003) *L'insertion professionnelle des publics précaires*, Paris, PUF

DEFOURNY Jacques et MONZON CAMPOS José L., (1992) *The Third Sector, Cooperative, Mutual and Nonprofit Organizations*, Bruxelles, De Boeck Université.

GRELL Paul, (1998) *L'Etat-providence: de la politique sociale à l'économie sociale*, in BOIVIN Louise et FORTIER Mark (dir.), *L'économie sociale: l'avenir d'une illusion*, Québec, Fides.

LAVILLE Jean-Louis, (1994) *L'économie solidaire: Une perspective internationale*, Paris, Desclée de Brouwer.

MARTIGNONI Yves-L. et ROSSINI Stéphane, (1999) *L'importance des institutions privées sans but lucratif dans la protection sociale en Suisse*, OFS.

RIFKIN Jeremy, (1996) *La fin du travail*, Paris, La Découverte.

VAILLANCOURT Yves, (1998) *Appel en faveur d'une économie sociale et solidaire*, in *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 11, N° 1, printemps, Québec.



Cette rubrique vous permettra de trouver quelques références de livres que le Comité de rédaction a sélectionnés pour vous. Sous «**A paru**», nous citerons uniquement quelques titres sélectionnés auprès de centres de documentation divers tels que «Toxibase» ou l'ISPA. Sous «**L'œil critique**» nous vous présenterons un ou plusieurs livres que notre comité de lecture aura lu, subjectivement, pour vous. Sous «**Reçu**», nous reprendrons les commentaires proposés par l'éditeur.

L'œil critique

Les toxicomanes et leurs familles



Sylvie et
Pierre Angel
Edition
Armand Colin,
mars 2002

Cet ouvrage représente la synthèse des connaissances et des expériences d'une équipe spécialisée dans le traitement familial des adolescents toxicodépendants dans le centre de thérapie familiale Monceau à Paris. Il possède l'avantage de permettre aux personnes aguerries aux entretiens systémiques avec les personnes toxicomanes d'étoffer leurs connaissances et leurs stratégies thérapeutiques. Il offre aussi aux néophytes l'opportunité de découvrir le paradigme systémique appliqué aux traitements de la toxicodépendance de manière claire et accessible.

Les auteurs nous rendent attentifs à un malentendu chronique concernant la problématique relationnelle parents coupables-enfants malades. L'approche systémique permet de sortir de cette vision linéaire au sujet de la toxicomanie «mauvais parents/enfants toxicomanes, persécuteurs/victimes/héros» et de considérer que le système familial des personnes toxicomanes est en souffrance et que la dépendance d'un de ses membres

n'est qu'un des symptômes et qu'une des manifestations de cette souffrance. Cet ouvrage permet aux auteurs de présenter leur travail ambulatoire de prises en charge systémiques et familiales d'adolescents de la région parisienne. Trois parties traitent successivement des cadres conceptuels, de la généalogie familiale de la toxicodépendance et des indications de traitement. Deux des trois annexes présentent de manière fort intéressante l'expérience du centre Monceau (101 Dossiers). Elle se réfère aussi à celle du célèbre hôpital de Marmottan, où le Docteur Claude Olievenstein avait en son temps réussi à faire admettre en France que les personnes dépendantes avaient aussi besoin de soins spécifiques. La troisième développe les stratégies des pays d'Europe du sud, pays où les liens familiaux ont sans doute permis un développement des approches familiales plus précoce. Les auteurs concluent dans une vision tout à fait systémique que les résultats positifs d'une prise en charge consistent aussi en un réinvestissement de champs d'intégrations de la personne dépendante qui structure toute vie d'adulte différenciée. L'étude et la prise en charge des familles consistent alors à «dynamiser ses membres plutôt qu'à les opposer». L'approche systémique doit permettre de transformer une crise familiale majeure en un processus d'évolution et de prise d'autonomie pour chacun de ses membres. La famille peut alors recouvrer ses capacités à gérer ses propres difficultés et à les traiter. Le développement des

approches de cet ouvrage apparaît une mine de savoir pour qui cherche des éléments théoriques systémiques étayés par des vignettes cliniques passionnantes. Je regretterai par contre l'absence de réflexions ou de recherche spécifique au sujet d'un toxique très actuel, la cocaïne, qui perturbe passablement les relations affectives et dont les interactions avec les blocages relationnels intra-familiaux sont encore à découvrir. Un livre à découvrir d'une seule traite mais aussi par vignettes ou chapitre selon son questionnement ou ses besoins cliniques.

Bruno Boudier

Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool



Michel Craplet
Edition de la
Martinière, Paris

Après «Passion Alcool» édité en 2000, Michel Craplet, psychiatre, alcoologue à l'Hôpital de Saint Cloud (92) et médecin délégué de l'ANPA (Agence Nationale de Prévention de l'Alcoolisme) poursuit son œuvre alcoologique avec un nouvel ouvrage, au titre formulé en parole d'espoir: «Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool.»

Dans cet ouvrage de haute valeur pédagogique, l'auteur participe à lever le voile sur cette «drogue nationale» qui laisse dans l'ombre 2 millions de dépendants, dont 600'000 femmes et 3 millions de consommateurs excessifs, sans oublier leur entourage, une partie de l'iceberg de la souffrance alcoolique.

Pour cela, il prend le parti délibéré d'utiliser des mots simples afin de briser «la langue de bois qui entretient le tabou qui règne sur les problèmes d'alcool».

S'appuyant largement sur les paroles des patients, Michel Craplet entretient un dialogue constant avec les auteurs, ses confrères alcoologues ou les patients rétablis. Sa manière de déconstruire les concepts de l'alcoolisme, en se démarquant des clivages scientifiques les plus fréquents, per-

met ainsi d'interroger les croyances les plus communes.

L'auteur montre d'abord, avec méthode et simplicité, comment s'opère le passage de l'alcool convivial à l'abus puis à la dépendance, ce glissement «qui peut concerner tout le monde», allant d'un «accrochage progressif» ou «d'un coup de foudre» vers «une longue descente» au cours de laquelle le buveur va organiser sa vie psychique, sociale et relationnelle autour de l'alcool.

A l'aide de nombreux témoignages, donnant une large place à l'entourage, tiraillé entre de multiples attitudes, l'auteur formule des conseils qui constituent la base de son éthique alcoologique: redonner confiance et espoir à ceux qui ont été si souvent oubliés et laissés avec leur désarroi. Face à la difficulté pour le sujet de for-

muler une demande, il soutient cette notion fondamentale de «l'avance de la parole» et développe sa vision alcoologique de l'accompagnement, donnant une définition du soin s'appuyant sur l'accueil, l'écoute et l'information.

Si la nécessité d'être aidé constitue l'un des messages clefs de ce livre, afin de prendre en compte les différentes sensibilités psychique, biologique et symbolique, il met l'accent sur l'apport des rétablis, la fonction du processus de création et la place de la psychothérapie, faisant référence en particulier à la psychanalyse.

Parler, pourrait nous dire le Docteur Craplet, est la voie royale vers l'au-delà de l'alcool.

Bernard Lefrançois

La revue «**dépendances**» s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales.

Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement:
Frs 45.- par an
Frs 20.- par numéro



Parmi les thèmes publiés

- Le devenir des patients alcooliques (no 2).
- Balade au pays du tabac (no 4).
- Politique des dépendances: réflexions, propositions (no 5).
- La prévention, d'une définition à un choix de société (no 6).
- Groupes d'entraide (no 7).
- Les institutions résidentielles en crise (no 9).
- Pour une prise en compte des rapports hommes-femmes (no 11).
- Former des spécialistes en addiction (no 12).

A consommer sans modération!

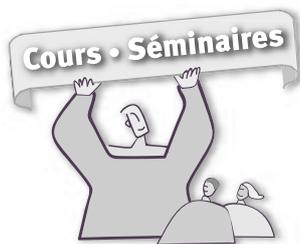
Revue éditée par

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa/ispa



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies



Perfectionnement professionnel ARIA

Prévenir et gérer la décompensation psychiatrique dans l'accueil des personnes dépendantes

Charles Bonsack – Didier Vasseur – Thomas Haefliger – Jérôme Favrod

1 jour – mardi 4 novembre 2003
 Délai d'inscription jeudi 23 octobre 2003

Cycle de formation pour assistantes médicales et secrétaires

Christiane Treyer – Jean Zufferey

8 mercredis sur 2 ans
 début le 12 novembre 2003 puis une fois par trimestre
 Délai d'inscription 22 octobre 2003

La mère, le père, l'enfant et l'intervenant dans le champ des addictions

Graziella Fava-Vizziello – Umberto Nizzoli – Gabriella Gildoni – Barbara Broers

Partenariat: ARIA – Plate-forme romande «femmes, dépendances» – Service de Protection de la Jeunesse-VD

2 jours – 13 et 14 novembre 2003
 Délai d'inscription jeudi 23 octobre 2003

Travailler avec les émotions après le sevrage: concepts et pratiques.

Approche par l'analyse transactionnelle et la théorie de l'attachement

Frédéric Neu

3 jours – 24 novembre 2003, 19 janvier et 2 février 2004

Délai d'inscription 3 novembre 2003

Réduire les risques liés à l'injection et prévenir les overdoses

Jacqueline Reverdin – Emmanuel Ducret et/ou Béatrice Gomez Rogers – Thierry Musset

2 jours – 3 et 4 décembre 2003 (complet)
 28 et 29 avril 2004 (seconde édition)

Délai d'inscription pour la seconde édition mercredi 7 avril 2004

Pratiques du message de prévention dans la réduction des risques

Viviane Prats – Nathalie Christinet – Martine Baudin – Tony Rotondo

1 jour – 8 décembre 2003
 Délai d'inscription 13 novembre 2003

De sa représentation «récréative» à son impact dévastateur, la cocaïne dans nos pratiques psychosociales

Olivier Guéniat – Jean-Jacques Deglon – Danielle Romanens – Anne François

1 jour – 27 janvier 2004
 Délai d'inscription jeudi 8 janvier 2004

Alcool: aborder la consommation à risque dans mon cadre professionnel

Beat Stoll – Alain Bolle

1 jour – 11 mars 2004
 Délai d'inscription jeudi 11 mars 2004

Modules de formation fordd

Co-dépendance (module)

30 octobre 2003 ou 7 avril ou 2 septembre 2004

Philippe Jaquet – Philippe Beytrison – Secteur formation, Les Olivers

Autour de la consommation, la prévention et la promotion de la santé: les maux et leurs mots. Histoire et définition des concepts (module 13)

18, 19 et 20 novembre 2003

Philippe Granget – Pierre-Yves Aubert – Dwight Rodrick – Michel Graf – Viviane Prats

Travailler avec les émotions après le sevrage: concepts et pratiques

(module 21)

24 novembre 2003, 19 janvier et 2 février 2004

Frédéric Neu

Analyse de pratique interprofessionnelle (module 26)

27 novembre 2003, 29 janvier, 18 mars et 29 avril 2004

Jean Zufferey

Approche centrée sur la personne dépendante (module 8)

10 décembre 2003, 21 janvier et 4 février 2004

Jean-Marc Randin – Renaud Stachel

Les produits psychotropes et la réduction des dommages sanitaires (module 1)

14, 15 et 16 janvier 2004

M. Croquette-Krokar – N. Feldman – R. Khan – T. Musset – M. Monnat

Approche cognitivo-comportementale – niveau 1 (module 7)

15 et 22 mars, 26 avril et 3 mai 2004

Françoise Bourrit, psychologue – Marina Corquette-Krokar – Christine Davidson – Catherine Jaquet – Rita Manghi – Arlette Perrin

Drogues légales: alcool, tabac, médicaments (module 17)

24, 25 et 26 mars 2004

B. Broers – Pr. V. Barras – J.-B. Daeppen – J.-F. Etter – N. Feldamn – P. Gache – J.-P. Humair – P. Granget – M. Van der Linden – C. Lüscher – R. Manghi – J.-D. Michel – R.-M. Notz – J.-C. Rielle – E. Sekera – B. Stoll – C. Wahl

Formations Fil Rouge

Colloque romand «Jeunes et société de consommation: Qui consume qui?»

13 novembre 2003

Pierre Weiss – Jacques de Coulon – Sophie Le Garrec

Ateliers: N. Pythoud et P. Cotting

Approches et pratiques actuelles dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé

22 et 23 janvier 2004

B. Meili – M. Bloch – D. Bonvin – T. Dietrich – M. Kauffman – M. Geiser – D. Rodrick

Différentes lectures de la problématique des substances psychoactives

16 et 17 mars 2004

Jean-Dominique Michel – Viviane Prats – Renaud Stachel – Jean-Alain Dubois – Christophe Mani

Programmes complets et informations:

ARIA – Fordd – Fil Rouge

Case postale 638, 1401 Yverdon,
 tél. 024 426 34 34, fax 024 426 34 35
 e-mail: great.aria@span.ch

dépendances



Revue éditée par

sfa/ispa

