

SEPTEMBRE 2018 - NUMÉRO 63

DÉPENDANCES



**Enjeux
professionnels
contemporains**

Revue éditée par
Addiction Suisse
et le **GREA**

SOMMAIRE

« Enjeux professionnels contemporains »

Editorial	p. 1
<i>Jean-Félix Savary</i>	
Morts par overdose d'opioïdes à l'américaine: cela pourrait-il se passer en Europe?	p. 2
<i>Joanne Csete</i>	
Changer le monde grâce aux univers virtuels?	p. 5
<i>Marc Atallah</i>	
Maintenir un enseignement pluridisciplinaire	p. 8
<i>Ann Tharin et Gabriel Thorens</i>	
Financement des prestations: Réformons les taxes sur les produits psychotropes!	p. 11
<i>Jean-Félix Savary</i>	
A la veille de leur départ à la retraite, parole à deux monuments du réseau romand: Martine Monnat et Pierre Mancino	p. 15
<i>Interview de Jean-Félix Savary</i>	
Vous avez dit engagement?	p. 20
<i>Viviane Prats et Benjamin Ravinet</i>	
La vision «FMR» de la politique des drogues	p. 23
<i>Boris Jeanmaire</i>	
Les écueils relatifs au partenariat médico-social dans le champ des addictions	p. 26
<i>Ann Tharin</i>	

ÉDITORIAL

Le domaine des addictions ne sera sans doute jamais un long fleuve tranquille. Les mutations sociales et politiques le traversent avec constance et détermination, dans la plus grande incertitude. Pour des professionnels qui ont fait de l'aide au changement leur métier, les voilà servis. De profonds débats politiques et sociaux les accompagnent sur la place de l'individu dans la société, la responsabilité collective, les limites du libéralisme, l'utilisation de l'espace public. Jacqueline Fehr, figure tutélaire du Parlement qui a fait passer la LStup, avait coutume de dire que « les politiques drogues sont les plus complexes de toutes, car elles sont au carrefour de toutes les questions sociales ». Les addictions sont en effet au carrefour de nombreuses évolutions sociales.

Travailler dans les addictions, c'est accepter que l'on ne pourra pas se reposer une bonne fois pour toute sur un savoir stable, légitime, immuable. Bien au contraire, il s'agit d'aller vers les nœuds contemporains, les espaces de tensions, entre solidarité et liberté individuelle, entre protection et respect de l'autonomie. Résister aux solutions simples pour plonger dans la complexité de l'humain et du social. L'univers dans lequel ces actions prennent forme ne pourra probablement jamais être stable. Peut-être faut-il l'accepter. Mais peut-être encore davantage, il faut en être fier. Dans la tension naît la création, et dans les intersections des intérêts divergents se construit le monde de demain.

Car il y a aussi une autre manière de voir cette instabilité du domaine des dépendances: un domaine à la pointe de l'innovation sociale, producteur de nouveaux équilibres pour un monde en devenir qui se cherche. Les notions de bas seuil, de participation des usagers, d'ancrage dans la communauté se déploient d'abord dans les dépendances. L'interprofessionnalité, tant louée dans tous les domaines, fait partie de l'ADN, même si des tensions subsistent. Aujourd'hui, les nouvelles technologies envahissent notre monde et changent notre rapport au monde et à l'altérité. Là encore, les addictions sont aux premières loges pour réfléchir aux implications sur nos cognitions.

Avec le modèle du Cube en 2005, l'ancrage de la politique des 4 piliers dans la loi en 2008 et la nouvelle Stratégie addictions en 2016, le cap semblait se raffermir en matière de politique publique. Mais la société bouge et, travailler dans les addictions, c'est accepter de la suivre dans ses espaces en mouvements, ses interstices porteurs de changement, ses contradictions qui ne demandent qu'à être dépassées. « Vole comme un papillon », disait Mohammed Ali, champion de la souplesse et du jeu de jambes. Champion aussi de la lutte pour les droits civiques et contre la ségrégation raciale aux USA. Toujours en mouvement, sans jamais se laisser décourager. Le combat pour les droits humains passe probablement par là. Savoir s'adapter en toute circonstance pour découvrir de nouveaux horizons.

Jean-Félix Savary

MORTS PAR OVERDOSE D'OPIOÏDES À L'AMÉRICAINNE : CELA POURRAIT-IL SE PASSER EN EUROPE ?

Joanne Csete, professeure associée, Columbia University, New York

La crise des opioïdes qui frappe l'Amérique du Nord est sans précédent dans sa dimension. Certains des facteurs objectifs qui expliquent ce drame commencent à être identifiés, notamment au niveau de dysfonctionnements du système de santé américain. N'est-il pas temps de se poser la question pour l'Europe également? (réd.)

Après plusieurs siècles d'augmentation régulière, l'espérance de vie aux Etats-Unis a décliné ces dernières années, spécialement au sein de la population blanche, qui est supposée constituer le segment de la société le plus privilégié. Les décès liés à la consommation de drogue, et plus particulièrement aux overdoses d'opioïdes y contribuent de façon importante, bien qu'elles ne soient pas la seule raison de ce déclin – les décès liés à la consommation d'alcool et les suicides sont également en augmentation. Les décès liés aux overdoses d'opioïdes ont plus que quadruplé par rapport au nombre d'habitants de 2000 à 2016. Détruisant le mythe selon lequel les problèmes de drogues concernent exclusivement les populations minoritaires des centres urbains, ces drames frappent les ménages à moyen et bas revenus des banlieues blanches et même des zones rurales, très mal préparées à ce genre de catastrophe.

Le problème des overdoses d'opioïdes aux Etats-Unis est complexe et a pris des formes distinctes dans différentes parties du pays. Cependant, de nombreuses études sur plusieurs années montrent que dans de nombreuses régions, il prend racine dans la prescription excessive de médicaments à base d'opioïdes résultant de la promotion agressive de leurs fabricants auprès des médecins et dentistes. Purdue Pharma – la firme pharmaceutique qui produit l'opioïde Oxycotin (nom générique oxycodone) – a dépensé des millions de dollars dans une campagne auprès des médecins prescripteurs destinée à les persuader que, lorsqu'elle était « utilisée correctement » dans la gestion de douleurs non liées au cancer, l'Oxycotin n'était pas addictogène. Bien qu'en contradiction avec les preuves scientifiques disponibles à l'époque, ce message a trouvé un écho favorable chez les prescripteurs et dans le public. En 2017, les Etats-Unis, qui représentent environ 4% de la population du globe, consommeraient 30% de la totalité de la consommation mondiale des opioïdes sur prescription. Il s'agit de plusieurs fois la consommation de la plupart des pays européens par rapport au nombre d'habitants. La prescription excessive d'opioïdes dans le cas de maux de dents, blessures sportives et autres, a souvent été exacerbée par le refus des assurances de couvrir les traitements alternatifs de gestion de la douleur, tels que la physiothérapie, l'acupuncture et les antidouleurs sans opioïdes.

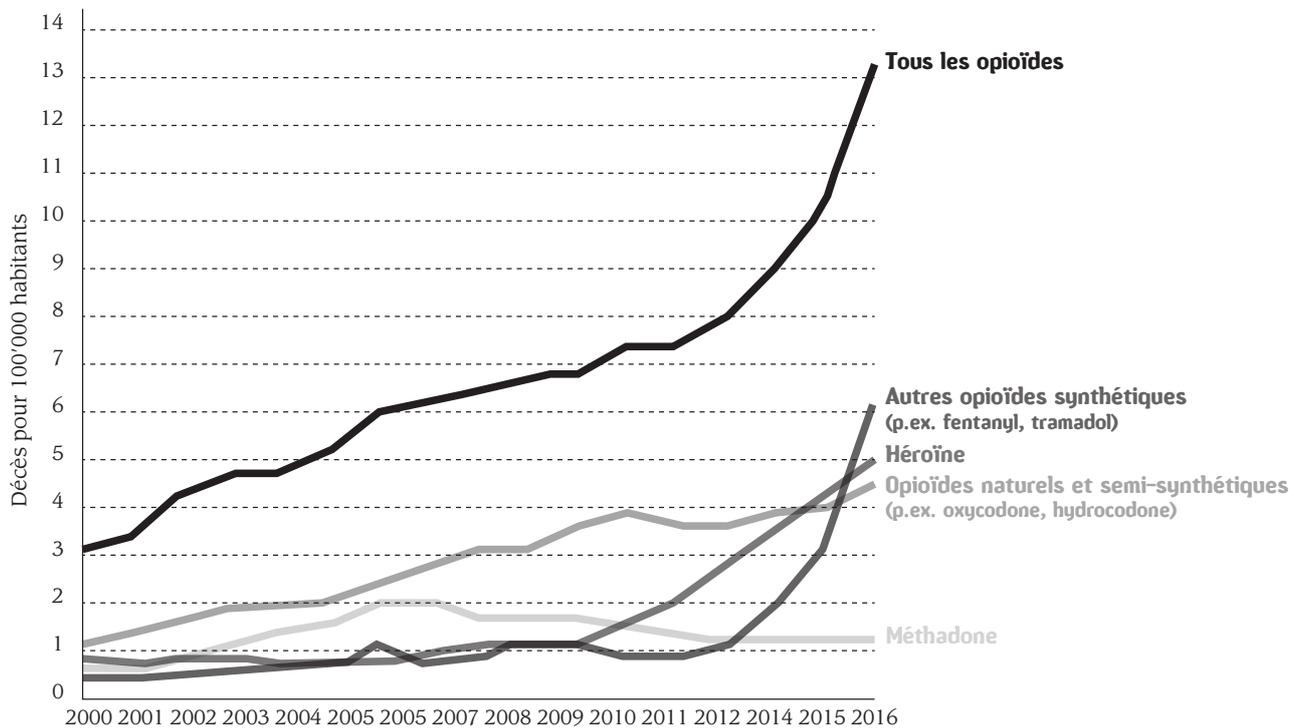
Aux Etats-Unis, en raison de la décentralisation et de la privatisation du système de santé et de l'absence de moyens

adéquats pour réguler les prescriptions de médicaments, il a été possible pour un petit nombre de médecins prescripteurs peu scrupuleux de créer ce qu'on a appelé les « pill mills » (moulins à pilules). Dans ces « cliniques », on pouvait, en payant en liquide, se procurer l'équivalent de plusieurs mois de médicaments opioïdes sans même avoir été examiné par un médecin. Il est évident qu'un grand nombre de ces pilules ont été revendues illégalement. Mais quand les autorités fédérales identifièrent le problème et furent sur le point de démanteler les « pill mills », l'industrie pharmaceutique et les réseaux de distribution utilisèrent leur énorme pouvoir de lobbying pour bloquer ces tentatives. Ils réussirent à faire adopter un projet de loi limitant le pouvoir des agents chargés du contrôle des médicaments dans leur lutte contre les « pill mills ». Peu à peu, quelques-uns des cinquante Etats américains promulguèrent leurs propres lois contre les « pill mills » ou tentèrent d'une autre manière de réduire la prescription excessive d'opioïdes.

Il est trop tôt pour connaître les résultats de ces mesures prises au niveau des Etats, mais il est clair que dans de nombreux lieux où les opioïdes sur ordonnance sont devenus difficiles à trouver, les vendeurs d'héroïne sont rapidement apparus sur ce marché avec une héroïne relativement bon marché. La vente d'héroïne dans les banlieues et les zones semi-rurales a produit un modèle commercial que certains ont comparé à celui des livreurs de pizza – des réseaux discrets de revendeurs non violents qui livrent directement au client en petites quantités – et qu'il a été difficile de contrôler. Leurs opérations sont bien conçues pour les petites agglomérations, les banlieues et même les zones semi-rurales. Ce modèle convient également très bien au marketing du fentanyl ou des mélanges héroïne-fentanyl. Le fentanyl est un opioïde plus facile à produire et beaucoup plus puissant que l'héroïne ou la morphine, ce qui le rend efficace en petites doses faciles à transporter et à dissimuler. Il a parfaitement servi le discret système de livraison de drogue fondé sur l'automobile dans les petites et grandes villes et a grandement contribué à augmenter le nombre de décès par overdose.

Même si on pouvait instantanément installer un meilleur système de contrôle de l'accès aux opioïdes aux Etats-Unis, le nombre de personnes dépendantes constituerait en soi un grave problème de santé publique. Et c'est là que la longue histoire étasunienne de résistance aux traitements

AUGMENTATION SPECTACULAIRE DES MORTS PAR OVERDOSE D'OPIOÏDES AUX ETATS-UNIS, 2000-2016



Source: CDC/NCHS, National Vital Statistics System, Mortality, CDC WONDER, Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017. <https://wonder.cdc.gov/>.

de substitution (avec la méthadone ou la buprénorphine), ainsi qu'à d'autres mesures de réduction des risques se révèle mortelle. Bien que certains gouvernements d'Etats et de villes aient amélioré l'accès aux traitements de substitution et que le gouvernement fédéral ait recommandé d'augmenter les investissements dans ces traitements, le pourcentage des malades ayant accès aux traitements de substitution reste faible. Il n'y a de loin pas assez de médecins délivrant de la buprénorphine pour satisfaire la demande et les cliniques fournissant de la méthadone – qui ne donnent que rarement des doses d'avance – exigent chaque matin des patients de longues heures d'attente devant des cabinets autonomes qui peuvent se révéler stigmatisants, peu pratiques et qui ne sont pas toujours remboursés par les assurances maladies.

La politique de réduction des risques est encore considérée par un grand nombre de décideurs étasuniens comme « envoyant le mauvais message » à propos des drogues, un corollaire à la longue histoire d'amour qu'entretiennent les Etats-Unis avec les programmes fondés sur l'abstinence. Aux Etats-Unis, les échanges de seringues font face à une série vertigineuse d'obstacles politiques, juridiques et sociaux. On parle de sites d'injection supervisés dans plusieurs villes, mais ils n'existent toujours pas, du moins pas ouvertement. La naloxone est de plus en plus disponible à l'achat dans certaines villes, mais elle est coûteuse et rarement subventionnée. Les tribunaux spécialisés dans les questions relatives à la toxicomanie, qui sont politiquement populaires et qui visent à offrir un traitement de la toxicomanie supervisé par le tribunal comme alternative à l'incarcération, excluent souvent les

méthodes de substitution comme option de traitement sans autre motif que les préjugés du juge. Bien que des bandelettes réactives efficaces existent pour tester la présence de fentanyl, les tests sur les drogues illicites – une autre importante mesure de réduction des risques – ne sont généralement pas pratiqués. Les Etats-Unis ont complètement tourné le dos à certaines manières évidentes et pragmatiques de faire face à une crise d'overdoses sans précédent.

L'EUROPE DOIT-ELLE SE PRÉOCCUPER DE CETTE SITUATION ?

La plupart des pays européens jouissent probablement d'un certain degré de protection face à une crise liée aux overdoses, comme celle à laquelle sont confrontés les Etats-Unis, qui tient à la fois à la manière dont les consommateurs acquièrent les opioïdes et aux possibilités qu'ils ont de se protéger des overdoses s'ils en sont dépendants. Les pays ayant un système de santé étatisé ou quasi étatisé disposent généralement de protections institutionnalisées contre la prescription excessive d'opioïdes, qui incluent un contrôle efficace de la commande et de la distribution de médicaments et des dossiers électroniques, qui servent de rempart à la corruption des médecins qui existe aux Etats-Unis. Les assurances de santé nationales – et les assureurs privés contrôlés – peuvent couvrir des approches alternatives du traitement de la douleur plus facilement qu'aux Etats-Unis.

Plus important encore, l'engagement européen en faveur des politiques de réduction des risques et des traitements de substitution est crucial pour se protéger

d'une augmentation catastrophique des overdoses liées à la consommation d'opioïdes. Cette protection est évidente dans les nombreuses régions d'Europe de l'Ouest où existent des locaux d'injection supervisés qui ont connu des milliers d'épisodes d'overdose sans qu'aucun décès ne soit signalé. La plus grande accessibilité à des traitements de substitution, incluant les prisons, et la généralisation de ceux-ci dans la médecine de premier recours sont des facteurs cruciaux dans la prévention des overdoses.

Un facteur très important réside également dans la disponibilité de traitements à base d'héroïne de qualité médicale pour les personnes souffrant de dépendance chronique – une forme de traitement encore politiquement inacceptable aux Etats-Unis. Fournir de la naloxone, particulièrement aux personnes sortant de prison et à d'autres groupes à haut risque d'overdose, est également une priorité pour certains pays européens. De façon plus décisive peut-être, la décriminalisation et la dépénalisation de crimes mineurs liés à la drogue facilitent l'accès aux services sociaux dont les consommateurs pourraient avoir besoin.

Pour de nombreuses raisons cependant, la crise d'overdoses à laquelle sont confrontés les Etats-Unis devrait néanmoins servir d'avertissement à l'Europe. Premièrement parce que les promesses de profits importants motivent une forme de vente agressive des médicaments opioïdes. Bien que Purdue Pharma et d'autres fabricants d'opioïdes doivent faire face à des procès dans les cours étasuniennes, personne ne les empêche de reproduire leurs techniques de ventes dans d'autres régions du monde. Sentant s'amenuiser les énormes profits réalisés aux USA grâce aux prescriptions excessives, les propriétaires de Purdue Pharma concentrent leurs efforts de vente en dehors de leur pays. Par le biais d'une société appelée Mundipharma, ils utilisent les mêmes stratégies de distorsion des faits scientifiques dans le but d'inciter des médecins à prescrire des médicaments opioïdes « non addictogènes » en Europe, en Amérique latine et dans certaines parties de l'Asie. Comme le notait un observateur étasunien, c'est l'histoire de la promotion du tabac à l'américaine qui se répète : à mesure que les réglementations se durcissent (tardivement) aux Etats-Unis, l'industrie cible les consommateurs à haut revenus et les classes moyennes émergentes d'autres pays. La grande partie des acteurs européens de la santé sont indubitablement mieux formés dans les traitements de l'addiction et, pour cette raison, mieux préparés pour résister aux distorsions scientifiques de Mundipharma que leurs homologues américains, mais il serait bon de promouvoir les recherches pertinentes dans les écoles de médecine et auprès des praticiens.

Deuxièmement, l'expérience étasunienne montre le caractère agile et discret du marché du fentanyl, et la facilité à ajouter le fentanyl à une large variété de substances. Dans l'Union européenne, quelque 25 nouveaux opioïdes de synthèse ont été identifiés entre 2009 et 2016, dont 18 étaient des dérivés du fentanyl. Relativement peu d'overdoses et de décès ont été associés à ces produits en Europe. La surveillance des nouvelles

substances, supérieure à celle des Etats-Unis, donne également un avantage dans la prévention d'une crise d'overdoses. Il importe néanmoins de noter que, comme on le voit dans le graphique p.3, l'émergence du fentanyl comme cause principale de mort par overdose a été très rapide. Très puissant à petites doses et relativement facile à synthétiser, c'est la substance idéale pour un grand nombre de trafics illicites. Les moyens disponibles et efficaces pour détecter la présence de fentanyl dans les drogues illicites doivent être engagés en Europe pour se préparer au pire.

Enfin, on peut espérer que l'Europe et les Etats-Unis tireront les leçons de l'expérience du Portugal en reconnaissant que la gestion de la dépendance aux drogues devrait inclure non seulement de nombreuses options thérapeutiques et des politiques de réduction des risques, mais également porter une attention soutenue aux racines socio-économiques de la consommation de drogues et des addictions. Le Portugal a non seulement décriminalisé toutes les infractions mineures liées à la drogue, mais a su utiliser les économies de moyens policiers réalisés grâce à cette décriminalisation pour renforcer les services sociaux, de logements et d'aide à l'emploi. Même si la mise en application de cette politique n'est pas parfaite et doit faire face à de fréquentes oppositions, on compte parmi ses résultats une spectaculaire diminution de la consommation de drogues par injection et un accroissement de la fréquentation des services de traitements de l'addiction et autres assistances. Aux Etats-Unis, les recherches sur les causes sociales et économiques des consommations problématiques sont très récentes, à l'exception d'un programme appelé Law Enforcement-Assisted Diversion (LEAD), présent dans un certain nombre de grandes villes, qui reprend une partie des éléments de l'expérience portugaise. Le programme LEAD enjoint les services de police à diriger les personnes impliquées dans des délits mineurs liés à la drogue vers les services sociaux et de santé sans les inculper formellement. L'expérience pilote s'est déroulée à Seattle, où elle a fait l'objet d'une documentation rigoureuse. On compte parmi les résultats une nette baisse de la récidive chez les personnes ayant bénéficié du programme LEAD, une plus grande probabilité de vivre dans un logement stable, de suivre un traitement (si nécessaire) et de participer à des programmes d'aide sociale, ainsi que d'importantes économies en frais de procès et d'incarcérations.

Le fort engagement des pays européens dans les programmes de gestion des problèmes liés à la drogue, ainsi que leur propension à ne pas incarcérer les personnes ayant commis des délits mineurs dans le domaine, leur seront d'une grande utilité, si les opioïdes de synthèse deviennent plus disponibles et plus largement utilisés sur leur territoire. Mais il demeure pertinent pour les décideurs en dehors des Etats-Unis de tirer les leçons des erreurs politiques ayant conduit à cette crise sans précédent et à mettre tout en œuvre pour que l'histoire ne se répète pas.

Courriel : jc1188@columbia.edu

CHANGER LE MONDE GRÂCE AUX UNIVERS VIRTUELS?

Marc Atallah, directeur de la Maison d'Ailleurs et du Numerik Games Festival, maître d'enseignement et de recherche à la Section de français de la Faculté des lettres de l'Université de Lausanne

Les mondes virtuels, notamment ceux offerts par les jeux vidéo, en effraient plus d'un. Si certaines inquiétudes sont légitimes, il ne faudrait pas pour autant sous-estimer le pouvoir de la fiction, qui permet de repenser le réel et de se raconter autrement. En exerçant la faculté de penser, ces mondes numériques peuvent devenir « des opérateurs anthropologiques de révolte ». (réd.)

Les mondes virtuels, en particulier ceux dans lesquels sont plongés les gamers – ces aficionados contemporains du jeu vidéo –, effraient une partie de la société civile et, plus particulièrement, certains parents, souvent démunis (à juste titre) face à une pratique qui leur est peu familière. On suppose en effet qu'à peine leurs frontières numériques franchies, ces univers de pixels, postulés comme la Némésis du XXI^e siècle, conduiraient irrémédiablement les plus jeunes d'entre nous – mais pas que! – à quitter le monde réel, et seraient une des causes du désintérêt patent des « nouvelles générations » pour la chose publique. On décèle même, parfois, les contours des théories du complot derrière ces discours quelque peu hostiles (et qui ont pris comme objets, en leur temps, le roman, le cinéma et la bande dessinée) : les univers virtuels vidéoludiques nous séduiraient tant – sans que l'on interroge vraiment la raison d'être de cette séduction – qu'il semblerait impossible que nous n'en devenions pas dépendants. Au demeurant, ces inquiétudes irrationnelles sont renforcées par les médias qui, toujours à l'affût de scoops – c'est-à-dire des scandales – pour que les lecteurs soient satisfaits de leurs abonnements (papier ou... numériques), ajoutent à cette peur sournoise et volatile les témoignages de ceux qui nous mettent en garde, prophètes de malheur des temps modernes. Quant aux organisations internationales, force est de constater qu'elles ne sont pas en reste : l'Organisation mondiale de la santé n'a-t-elle pas reconnu, en juin 2018, que l'addiction aux jeux vidéo était une maladie, « au même titre que celle à la cocaïne ou aux jeux d'argent » [1] ? Toutefois, le parallèle rapidement esquissé avec le roman (au XIX^e siècle), le cinéma (au début du XX^e siècle) et la bande dessinée (pensons à la Comics Code Authority, le comité de censure visant à réguler le marché du comic book américain dès les années 1950) nous oblige à mettre en question cette stigmatisation et à se rappeler que la fiction, en particulier dans sa capacité à fabriquer de nouveaux modes d'expression se propageant dans le champ socio-culturel, a de tout temps été perçue par les structures de pouvoir dominantes – depuis *La République* de Platon, en tout cas – comme un danger, comme une pratique de l'agir humain produisant confusion et aliénation chez ceux qui avaient le malheur de s'y adonner ou, pire encore, de l'apprécier. Le tableau semble bien noir...

Or, et pour se tourner vers la lumière, il me semble urgent de ne pas se laisser contaminer par la paranoïa collective sans fondement véhiculée – inconsciemment? – par les contempteurs de la fiction ; et, plutôt que de condamner sans réserve la pratique ludique des mondes virtuels, de

voir un peu plus dans le détail les richesses qui caractérisent ces mêmes mondes. En effet, si la fiction existe de tout temps – bien qu'elle ait également été critiquée de tout temps –, c'est qu'elle possède quelques richesses qui ont partie liée avec la nature intime de l'homme [2] : elle est une expression élaborée de l'imaginaire humain, grâce à laquelle l'individu peut réinventer sa propre existence et, par extension, le monde dans lequel il évolue. C'est peut-être surprenant, mais la fiction, tout comme la poésie, a la puissance de changer le monde.

S'IMMERGER POUR EXISTER...

La fiction – que l'on pourrait définir brièvement, à la suite des travaux de Paul Ricoeur [3] et de Jean-Marie Schaeffer [4], comme une mise en intrigue, c'est-à-dire comme la mise en scène d'êtres agissants (imaginés) pris dans leur parcours de vie (imaginé) et qui doivent faire face à des événements (imaginés) surgissant de manière inopinée (la fiction est toujours l'histoire d'une catastrophe) – suppose, pour être activée, que les lecteurs, spectateurs ou joueurs, s'immergent dans le monde « virtuel » configuré et, ce faisant, puissent vivre une vie qui n'est pas la leur : c'est à cette condition, et à cette condition seulement, que le pouvoir de la fiction se manifestera et portera ses fruits. Comme je le dis en effet ailleurs :

[R]aconter l'histoire d'une catastrophe possède une fonction anthropologique fondamentale : le récit articule des événements au cours du temps [...] pour nous permettre de vivre – émotionnellement – une autre vie dans un autre monde [...] et nous offrir la possibilité d'éprouver – en notre qualité d'êtres empathiques – cette vie fictionnelle comme « paraphrase » de la nôtre [...]. Finalement, l'habileté à raconter des histoires selon plusieurs modalités différentes – tout en disposant d'un « réservoir » de scénarios divers – est une des compétences essentielles grâce à laquelle nous sommes en mesure de rendre intelligible notre vie au cours du temps pour, éventuellement, la réinventer [...]. Autrement dit, l'aptitude à créer – ou (se) raconter – des (science-)fictions est une des « astuces » trouvées par notre sensibilité et notre imaginaire pour attribuer un sens, d'une part, au monde dans lequel nous évoluons et, d'autre part, à notre existence dans ce même monde ; cette aptitude nous conduit, au demeurant, à devenir des « spécialistes de la nature humaine » [...]. [5]

Cette citation, assez dense, est tirée d'un petit opus que j'ai écrit il y a quelques années, et qui visait à penser la compétence de la science-fiction – mais la réflexion fonctionne aussi pour toutes les fictions, jeux vidéo inclus – à réinventer le monde dans lequel nous vivons, monde par

essence devenu technocapitaliste. En effet, du moment où nous sommes immergés dans un récit fictionnel, nous adoptons un autre regard (celui du narrateur ou de l'avatar) que le nôtre, ce qui a pour bénéfice de nous aider à développer notre imagination, notre empathie et notre habileté à produire des scénarios alternatifs. Autrement dit, lorsque j'évolue dans un univers vidéoludique, je ne « quitte » absolument pas le monde réel, mais j'endosse, momentanément, le point de vue de quelqu'un d'autre – l'avatar que je joue – et, au travers de ce point de vue, je coconstruis l'univers virtuel dans lequel je suis plongé (faculté d'imagination), je ressens des émotions (faculté empathique) qui sont induites autant par ce que vit l'avatar que par le type d'actions qu'il doit réaliser [6] et, pour finir, je reçois des « outils » pour structurer l'action, c'est-à-dire des scénarios différents de ceux que je possède déjà (faculté narrative ou scénaristique). La fiction, et c'est une de ses fonctions anthropologiques les plus nobles, n'est pas d'abord là pour nous divertir, mais pour nous apprendre à imaginer, à ressentir et à raconter autrement c'est-à-dire à exister (ce n'est pas pour rien qu'on raconte des histoires aux enfants...).

« *L'immersion fictionnelle est un des moyens les plus puissants pour nous permettre de nous réinventer et, par extension, pour réinventer le réel.* »

C'est pour tout ce qui vient d'être dit, et contrairement à ce qui est postulé par les discours fâcheux évoqués au début de ce texte, qu'il est nécessaire d'accepter les mondes virtuels comme des vecteurs essentiels pour réfléchir à la construction de nos identités, en particulier dans une société qui a tout confié au numérique. On peut certes continuer à fustiger les gamers, mais on passerait alors à côté des richesses des univers vidéoludiques : l'immersion fictionnelle est un des moyens les plus puissants pour nous permettre de nous réinventer et, par extension, pour réinventer le réel. Ne pêchons néanmoins pas par angélisme. Les fictions ne sont pas toutes en mesure de nous aider à nous réinventer, car toutes les fictions ne sont pas innovantes ou critiques : les fictions à thèse [7], par exemple, nous inculquent ce que nous devons penser et, ce faisant, restreignent notre liberté, contrairement aux fictions qui laissent le lecteur, le spectateur et le joueur libre de se faire son propre avis ou de se laisser toucher par tel ou tel élément du récit. C'est évidemment ici que le diable se cache, et c'est pourquoi, malgré l'intérêt des mondes vidéoludiques, il est nécessaire de distinguer entre les jeux qui interrogent notre monde empirique en le problématisant, de ceux qui ne cherchent qu'à divertir. Il n'est pas de mon ressort d'établir une liste, forcément subjective, qui indiquerait quel jeu est intéressant et quel jeu ne l'est pas ; par contre, je souhaite conclure cet article par la manière dont les romanciers « cyberpunk »

(un courant de la science-fiction mettant en scène des êtres humains, aliénés par une société ultralibérale, qui se connectent à des réseaux informatiques pour éprouver ce qui leur fait défaut : la liberté) ont bâti leurs récits sur un questionnement du monde virtuel, afin de proposer aux lecteurs d'y réfléchir différemment.

« *Il est nécessaire de distinguer entre les jeux qui interrogent notre monde empirique en le problématisant, de ceux qui ne cherchent qu'à divertir.* »

LE CYBERPUNK : DONNER DU SENS À L'HOMO NUMERICUS

Lorsque l'auteur de science-fiction William Gibson publie *Neuromancien*, en 1984 [8], Internet n'a pas encore été adopté par la planète entière et les jeux vidéo commencent à peine à s'inviter dans les foyers. Néanmoins, le romancier américain saisit, dans une intuition fulgurante, que les phénomènes qu'il voit émerger autour de lui (néolibéralisme, haine de soi et... consoles de jeu) peuvent être adéquatement métaphorisés par la connexion entre un être humain et un réseau informatique global appelé la « matrix ». Il comprend, donc, que si nous sommes tous devenus des cyborgs, ce n'est pas parce que des implants cybernétiques ont été objectivement greffés à nos corps, mais parce que notre investissement du virtuel est de plus en plus accru : la connexion est symbolique, et non physique. Ce roman, ambitieux et magnifique, ne condamne pourtant pas l'accès au virtuel : Case, le personnage principal de *Neuromancien*, y découvre et y éprouve en effet sa liberté (peut-on trouver effet plus noble ?). Autrement dit, le génie de Gibson est d'avoir montré, dans sa fiction, que la « matrix » (fiction dans la fiction) a la puissance d'un espace de libération : elle est créée, au départ, pour les échanges économiques, mais elle devient très vite le lieu simulé où les hackers, les pirates du numérique, exercent une liberté que le monde réel leur refuse. En ce sens, *Neuromancien* rappelle que nous ne pouvons penser aux univers virtuels sans réfléchir, dans un même mouvement, à la société qui les a créés, c'est-à-dire celle dans laquelle nous vivons. Les jeunes se réfugient dans le jeu vidéo : quels sont les refuges que nous leur laissons investir dans le monde réel ? Les jeunes fuient dans le jeu vidéo : quelle aliénation de leur quotidien cherchent-ils à dépasser ? Les récits du cyberpunk permettent justement de poser ces questions à leurs lecteurs et de les conduire à se révolter, c'est-à-dire à se réinventer : « Si le monde réel vous étouffe, cherchez un espace dans lequel vous pouvez être libres. Et, une

fois cette liberté éprouvée, revenez dans le monde réel et transformez-le en espace de liberté. »

Quand on sait que de plus en plus d'adultes jouent aux jeux vidéo, on ne peut que se réjouir : c'est le signe, du moins je l'espère, que de plus en plus d'individus sentent, sans pour autant être en mesure de le thématiser explicitement, que quelque chose cloche dans leur quotidien, dans ce monde, si dur, qui écrase tout en affirmant libérer, qui impose le silence en hurlant « Communiquez ! ». Les mondes virtuels vidéoludiques, tout comme le raconte Gibson et ses comparses littéraires, ne sont absolument pas les utopies de demain – ils sont trop voraces en énergie [9] –, mais les espaces métaphoriques où l'être humain élabore son imaginaire, devient acteur de sa propre vie, ressent des émotions inédites et se raconte autrement. Je suis prêt à parier que ces mondes virtuels, dont la nature est étonnamment la même que les outils avec lesquels notre société est gérée, sont des opérateurs anthropologiques de révolte : ils exercent la faculté de penser, ils réinjectent de l'émotion dans une existence appauvrie par la technologisation et, in fine, ils nous permettent, par le détour vers l'ailleurs auquel ils nous invitent, de transformer notre réalité empirique pour qu'elle ne soit plus un havre de peur, mais le foyer de notre liberté. Il ne nous reste plus qu'une chose à faire : devenir des hackers, c'est-à-dire des hommes révoltés en quête de liberté.

Courriel : matallah@ailleurs.ch

Références

- [1] L'OMS reconnaît l'addiction aux jeux vidéo comme une maladie : https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/06/18/l-oms-reconnait-l-addiction-aux-jeux-video-comme-une-maladie_5317185_4408996.html (consulté le 24 juin 2018)
- [5] Atallah M., *L'art de la science-fiction*, Chambéry: ActuSF, 2016
- [6] Baroni R., *La tension narrative. Suspense, curiosité, surprise*, Paris: Seuil, 2007
- [8] Gibson W., *Neuromancien* (1984), Paris: J'ai lu, 2007
- [2] Molino J. & Lafhail-Molino R., *Homo fabulator. Théorie et analyse du récit*, Montréal/Arles: Leméac/Actes Sud, 2003
- [3] Ricœur P. *Temps et récit. La configuration dans le récit de fiction*, (1984), volume 2, Paris: Seuil, 2001
- [4] Schaeffer J.-M., *Pourquoi la fiction?*, Paris: Seuil, 1999
- [7] Suleiman S. R. *Le roman à thèse ou l'autorité fictive*, Paris: PUF, 1983
- [9] Zuppiroli L., *Les utopies du XXI^e siècle*, Lausanne: éditions d'en bas, 2018



MAINTENIR UN ENSEIGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE

Ann Tharin, maître d'enseignement HES et responsable de formations postgrades à l'unité de formation continue de l'éesp, membre de la COPED de la Fordd, Lausanne; Gabriel Thorens, psychiatre, HUG, président de la FORDD, Genève

Cet article présente les résultats d'une enquête menée auprès des apprenants et des institutions membres de la FORDD. Si l'offre de formation est globalement appréciée, des points de tensions persistent entre structures socio-éducatives et médicalisées. Querelle de chapelle sur les contenus, écart dans les ressources allouées à la formation. De manière générale, la tendance est à une diminution des budgets alloués la formation. Gageons que la FORDD saura relever ces défis, car elle est un lieu de coopération et d'échange à préserver. (réd.)

INTRODUCTION

Si l'acronyme de la FORDD reste une énigme non résolue (Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances, qu'il aurait logiquement fallu appeler la « FROFDD »), son existence en revanche n'est plus remise en question. Fondée en 1998, elle offre depuis ses débuts une formation destinées aux professionnels des domaines de la santé et du social souhaitant se spécialiser dans l'accompagnement de personnes en situation d'addiction. En partenariat avec les Hautes écoles des domaines concernés et en lien avec l'évolution des formations postgrades dispensées dans le cadre de la HES-SO, la Fordd propose aujourd'hui un *Certificate of Advanced Studies* (CAS) et, depuis 2011, un *Diploma of Advanced Studies* (DAS).

Née de la volonté d'intégrer et d'impliquer le maximum de partenaires romands concernés, la FORDD a pour mission de proposer une formation postgrade certifiante permettant aux apprenants d'acquérir une vision globale de l'addiction; cette thématique complexe impliquant de considérer les aspects sociaux comme aussi prégnants que les aspects biomédicaux auxquels le tout public a peut-être davantage l'habitude de se référer. Ainsi, l'implication de l'ensemble des disciplines et des réseaux concernés est en quelque sorte la marque de fabrique de la FORDD, soulignant ainsi l'idée fondamentale qu'une vision interdisciplinaire, mais aussi intercantonale et interpilliers de la loi sur les stupéfiants (LStup) est indispensable à promouvoir une formation certifiante et de qualité.

Depuis les débuts de la FORDD, le paysage et les enjeux liés à la formation en Suisse romande se sont beaucoup modifiés. Dans le contexte actuel de plus grande restriction économique, la tendance est à la réduction des budgets alloués à la formation, ceci pouvant aller jusqu'à l'injonction d'autofinancement des formations postgrades. Cet état de fait entraîne de nombreuses conséquences et ce à différents niveaux. Premièrement, la diminution des budgets dévolus, en institutions, à la formation des employés, ce qui implique soit la diminution du nombre de formations longues pouvant être conjointement réalisées au sein d'une équipe de travail, soit une réduction de la durée des formations pouvant être poursuivies annuellement par chaque employé. Une autre conséquence est le fait que les employés concernés sont davantage que par le passé sollicités pour financer eux-mêmes tout ou partie des formations

postgrades retenues. Sur un autre plan, le développement de formations courtes, organisées sur mandat à l'interne des institutions, est en augmentation. Si cette formule présente l'avantage d'être moins onéreuse et de former, sur une thématique particulière, l'ensemble d'une équipe de travail, elle ne favorise néanmoins pas les échanges interstructures et n'est pas sanctionnée, pour l'employé, par un titre postgrade.

Sensible à ces contraintes mais surtout soucieuse que le CAS et le DAS proposés continuent à répondre au mieux aux besoins des institutions et des collaborateurs, la FORDD a réalisé une enquête auprès d'anciens étudiants et de représentants des institutions. Nous présentons ici les résultats les plus significatifs de l'enquête, ainsi qu'une discussion sur les enjeux qui en découlent.

MODALITÉS DE L'ENQUÊTE

Un groupe de réflexion comprenant des directeurs d'institutions, des membres du comité de pilotage et de la commission pédagogique de la FORDD ont proposé que le questionnaire utilisé porte sur les attentes et les besoins de formation des institutions, mais aussi ceux des collaborateurs intéressés à participer à la formation. L'enquête effectuée en ligne auprès des apprenants et anciens apprenants (288 personnes au total) a reçu un taux de réponse de 34%, alors que celle réalisée auprès des institutions du réseau suisse romand impliqué dans l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction (288 personnes au total) a obtenu un taux de réponse de 7% (20% si les questionnaires incomplets sont pris en compte). Bien que le taux de réponse soit relativement bas, surtout pour les répondants institutionnels, des résultats intéressants se dégagent.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

a) Contenu et apport de la formation :

Dix étudiants seulement ayant eu l'occasion de participer au DAS, les éléments présentés dans les sous-chapitres ci-après relèvent essentiellement de la formation CAS.

Tant les apprenants que les employeurs plébiscitent les points suivants :

- les connaissances spécifiques relatives à la thématique de l'addiction (théories/éléments clinique-pratique);
- les échanges interprofessionnels et la connaissance des théories relatives;

- le développement d'une posture réflexive sur la pratique.

En revanche les éléments nommés comme manquants ou pouvant être améliorés sont :

- la création d'un nouveau réseau professionnel ;
- les liens entre la théorie et la pratique ;
- les répétitions et redites entre certains cours ;
- le fait de renforcer les contenus sur les comorbidités psychiatriques et l'intégration des proches dans l'accompagnement des personnes concernées.

b) Promotion de la formation

De manière peu surprenante, c'est le bouche à oreille qui est cité comme meilleur moyen de promouvoir la formation. Ce canal de publicité est suivi par le mandat posé par l'employeur, puis l'information diffusée par courrier papier ou encore le site internet de la Fordd.

c) Financement de la formation

Relativement au mode de financement de la formation, l'employeur semble encore jouer un rôle déterminant en finançant la grande majorité des formations effectuées jusqu'ici. La plupart des étudiants stipulent en effet qu'ils n'auraient pas eu la possibilité de financer seuls – en terme de temps et d'argent – leur formation. Dans ce cadre défini, le prix de la formation est jugé adéquat par la majorité des interrogés, collaborateurs ou institution. Par ailleurs, la flexibilité permettant de suivre la formation par modules, ceux-ci étant ainsi répartis sur plusieurs années, est mise en avant comme moyen d'alléger le coût pour l'employeur ou les participants.

DISCUSSION

De manière encourageante, les résultats montrent clairement que les objectifs de base, les contenus ou encore la durée et le prix de la formation, correspondent, dans l'ensemble, aux attentes des participants et des répondants institutionnels. Quelques points nous semblent toutefois intéressants à discuter.

a) Le statu quo en terme de développement d'un réseau professionnel

Si les résultats indiquent comme point positif le développement des échanges interprofessionnels rendus possibles par la mixité disciplinaire des participants (travailleurs sociaux, infirmiers ou, plus ponctuellement, médecins, psychologues ou encore autres intervenants spécialisés dans les domaines du social ou de la santé), mais aussi la provenance variée des participants issus de différentes structures (résidentielles, ambulatoires, hospitalières spécialisées en addictologie ou d'autres services d'aide sociale), paradoxalement, une limitation mise en avant est le manque de création, suite à la formation, d'un nouveau réseau professionnel. Cet état de fait ne relève pas uniquement d'un manque dans la formation, mais pose la question plus large du manque de coordination ou de coopération entre les structures et les professionnels spécialisés en addictologie, en Suisse romande. Selon nous, une meilleure coordination ou

coopération devrait pouvoir garantir l'articulation sans concurrence, non seulement des différentes disciplines impliquées dans l'accompagnement ou le soin des personnes concernées, mais aussi de l'ensemble des structures médicales ou sociales relatives aux différents piliers de la LStup.

Les enjeux relatifs à ces manques peuvent être interprétés de manières multiples, par exemple en questionnant la dimension politique relative au financement/subventionnement des prestations offertes par les différentes structures ou piliers de la LStup. Il nous apparaît ainsi clairement que les décisions politiques favorisent ou nuisent à la reconnaissance et/ou à la légitimité des différentes disciplines ou structures en jeu et qu'il n'existe pas, au niveau suisse romand, de plan stratégique intercantonal. Nous constatons ainsi une inégalité des offres et prestations selon les régions ; inégalités davantage relatives au choix du financement des prestations offertes par les structures plutôt qu'en lien avec les besoins des personnes qui bénéficient de leurs prestations.

Nous dressons également le constat que, si l'interdisciplinarité et la coopération semblent plutôt fonctionner à l'interne des structures elles-mêmes, des querelles de chapelle subsistent encore entre les structures de types socio-éducatives et médicalisées. Conscients que ces querelles prennent corps dans des écueils multiples, qu'ils soient épistémologiques, personnels, disciplinaires, structurels ou encore politiques, il nous semblerait urgent que ces écueils puissent être pensés, malaxés, éprouvés, tant dans le cursus de formation que sur le terrain clinique de l'addictologie pour enfin être levés, favorisant l'intervention intégrative et partenariale.

Au sein même du cursus de formation CAS ou DAS, les éléments garantissant le financement de la formation continue nous semblent également renforcer ce clivage entre institutions à dominante médicale ou sociale. Chacune des filières bénéficient effectivement d'une forme de subventionnement différente, celle des institutions socio-éducatives étant, comme nous l'avons vu en introduction, beaucoup plus restreinte que par le passé et du ressort des villes ou des cantons. Ce n'est pas le cas des institutions médicalisées, mais elles voient également les ressources allouées aux formations longues diminuer.

Les écueils financiers relatifs au CAS et au DAS sont aujourd'hui partiellement compensés par la contribution, très importantes en heures de travail, engagée par les structures fondatrices de la FORDD. Ces dernières renouvellent pour l'instant chaque année, parfois de manière quasi bénévole, leur engagement dans ce cursus en dégageant du temps pour leurs employés ou cadres, ces derniers pouvant être membres des différents comités (de pilotage ou pédagogique) qui chapeautent et décident des contenus de la formation. Ces derniers sont aussi responsables ou enseignants des différents modules de cours, tout en étant professionnels ou cliniciens des terrains suisses romands ou encore membres du corps

enseignants des HES santé/social ou d'autres universités partenaires.

b) Quelles perspectives pour le DAS de la Fordd

Si la FORDD favorise le renforcement des compétences des équipes, l'ouverture à l'interdisciplinarité ou encore réussit à tisser davantage de liens entre théories et pratiques, il manque néanmoins une forme de leadership dans la coordination des structures et de nouvelles sources d'inspiration dans le champ de l'addictologie en Suisse romande. Comment la FORDD pourrait-elle contribuer à ce manque? Le fait d'asseoir le cursus DAS pourrait-il favoriser le développement de cette perspective?

En effet, si le CAS répond bien aux besoins de spécialisation et de renforcement des compétences de l'ensemble des collaborateurs, le DAS devrait permettre d'asseoir les compétences nécessaires à penser les innovations institutionnelles et à soutenir les changements nécessaires, à promouvoir un accompagnement adapté aux besoins des personnes concernées par les conduites addictives. Pour ce faire, les contenus acquis en formation devraient pouvoir être ramenés et discutés au sein des équipes avec la participation de la direction, qui devrait être consciente de la plus-value du cursus, non seulement pour le collaborateur ayant participé à la formation, mais pour l'ensemble de son équipe. Les employeurs devraient également veiller à ne pas favoriser uniquement l'engagement, dans la formation, des nouveaux collaborateurs, mais également à soutenir le processus d'inscription de ceux, plus expérimentés, capables de s'appuyer sur un cursus comme celui du DAS pour penser l'innovation. Idéalement, le DAS devrait aussi accueillir des étudiants ayant un objectif précis, discuté et légitimé par l'institution qui finance la formation.

Sur un autre plan, les structures membres de la FORDD et notamment les centres universitaires, les HES et l'ensemble des structures de terrain devraient continuer à soutenir cette formation en favorisant le fait que leurs collaborateurs – cadres ou employés – puissent investir leur temps comme membres des comités ou enseignants FORDD, ces collaborations favorisant notamment la coordination et la coopération intercantonale.

Cumulées, ces différentes pistes devraient permettre de pallier le manque de développement d'un réseau professionnel suisse romand, nécessitant les collaborations concrètes entre participants au sein de l'ensemble du cursus de formation.

CONCLUSION

L'étude effectuée confirme le besoin de maintenir, en Suisse romande, la formation pluridisciplinaire telle que proposée par la FORDD, mais aussi d'avoir les moyens de continuer à l'adapter aux besoins émergents du terrain. Le faible taux de réponse des institutions souligne la nécessité de s'intéresser à leurs besoins et contraintes en terme de formation. Comme nous l'avons vu, la tendance actuelle est à la diminution des budgets

alloués à formation, ce qui représente une double menace pour les structures spécialisées en addictologie : la difficulté de continuer à garantir l'entrée en formations postgrade des collaborateurs, mais aussi la possibilité de disposer de suffisamment de temps pour s'impliquer dans les différentes instances de la FORDD. Au niveau institutionnel, l'engagement des directions et des cadres sera nécessaire pour assurer le partage des réflexions issues de la formation et le partenariat entre les différentes disciplines, les structures institutionnelles et le niveau politique. Sans cette coopération, nous ne pourrions qu'assister au développement d'une concurrence de plus en plus accrue entre les structures et à un repli sur des modèles de rentabilité à court terme, y compris pour la formation.

Aujourd'hui, la FORDD joue un rôle clé dans les liens qu'elle propose entre les différents acteurs pour s'accorder autour d'une vision commune des bonnes pratiques et, dans le cadre du DAS que nous souhaitons voir se développer, participer à promouvoir l'innovation dans le domaine des addictions. Ainsi, nous ne pouvons donc que souhaiter à la FORDD de garder sa part de mystère concernant son acronyme, mais de continuer à avoir les moyens d'exister en étant à l'écoute des besoins dans le champ des addictions.

Courriels : ann.tharin@eesp.ch; gabriel.thorens@hcuge.ch

FINANCEMENT DES PRESTATIONS: RÉFORMONS LES TAXES SUR LES PRODUITS PSYCHOTROPES!

Jean-Félix Savary, secrétaire général du GREA, Lausanne

Et si l'on prenait un peu de recul face aux procédés fiscaux dans le domaine des addictions? L'analyse proposée ici plaide pour une nouvelle approche se conformant aux principes modernes de la fiscalité, dont la dîme sur l'alcool nous offre un premier modèle. (réd.)

INTRODUCTION

Les acteurs du réseau des addictions ne s'occupent en général pas de fiscalité et c'est bien normal. Par contre, ce début de siècle les oblige à s'occuper de financement. Partout, les ressources se resserrent et l'État tente de diminuer ses engagements. Certaines institutions doivent abandonner des prestations qui ont fait leur renommée et parfois même, l'absence de licenciements peut déjà être une victoire. Sur le terrain pourtant, les besoins ne diminuent pas. La précarisation des usagers et l'absence de perspectives durables tant en matière de logement, de travail que d'insertion demande de nouvelles ressources. Un travail de qualité continue de se faire, mais la surface des prestations se rétrécit. Dans un des pays les plus riches du monde, on peut s'étonner de ces restrictions, mais ce mouvement de fond ne semble pas devoir faiblir ces prochaines années. C'est notre intérêt à tous de voir cette évolution prendre fin.

Au niveau des professionnels, la faillite à reconnaître et à récompenser le travail effectué sur le terrain provoque des dégâts importants sur la motivation et la santé au travail. La capacité à se projeter vers les besoins d'autrui ne doit pas faire oublier les conditions-cadres dans lesquels nous évoluons. Plutôt que de pousser des cris d'orfraie, il convient de prendre la mesure de la situation et comprendre ce qui est aujourd'hui à l'œuvre, afin de préparer les nécessaires changements à venir. Bien entendu, l'État doit payer un certain nombre de prestations, comme le lui ordonne notre Constitution, notamment ses art. 8, 10 et 12. Mais le peut-il vraiment? Dans un climat politique qui brocarde les personnes dépendantes, a-t-il aujourd'hui les moyens de soutenir nos actions? Poser la question c'est y répondre: les dépendances connaissent aujourd'hui une crise de financement, à tel point que la NAS-CPA, coordination nationale des addictions, lui a consacré une prise de position en 2017 [1], intitulée «Synthèse sur le financement de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse». Certaines évolutions récentes expliquent le rétrécissement que nous observons:

- RPT: transfert du financement des institutions aux cantons
- Restrictions des assurances sociales: prestations en baisse, notamment de la LAI
- LStup: Retrait des financements de la Confédération en matière de drogues
- Professionnalisation des addictions: dépendance accrue aux pouvoirs publics

Plus simplement, la Confédération a transféré ces deux dernières décennies de nombreuses charges vers les cantons. Elle a pu ainsi réduire son budget et présenter un solde positif de près de 4,8 milliards de CHF en 2017 [2] (hors artefact comptable). Ces derniers se voient alors contraints de faire des choix difficiles, d'autant plus que la concurrence fiscale soumet les budgets à une rude pression. Ils peuvent être tentés de transférer tout ou partie de leurs charges sur les assurances sociales de la Confédération, notamment la LAMal. Un juste retour à l'expéditeur en quelque sorte. Par contre, les conséquences de ces transferts sont réels. Les assurances montrent aujourd'hui une relative faiblesse en matière de solidarité, alors que s'exprime partout l'affreuse chasse aux profiteurs (comme si on choisissait par confort la maladie, le handicap ou le chômage). L'initiative Bortoluzzi (10.431) [3] nous donne un avant-goût de ce qui se prépare. Refusée de justesse par le Parlement, elle n'en pas moins montré la progression de ces idées toxiques. Dans un monde où chacun se sent sous tension, pourquoi payer pour des personnes qui font le choix de détruire leur santé? Ce discours gangrène progressivement nos dispositifs de soins, même s'il n'échappe à personne que la cible apparaît plus commode que les grands consortiums pharmaceutiques ou les sociétés d'investissement qui colonisent nos structures de soins. Demain peut-être, des primes maladies plus élevées seront facturées pour les fumeurs ou les buveurs. La politique à courte vue de décharge sur la LAMal ne saurait donc être une solution à long terme, et des lendemains douloureux se profilent.

Plus grave probablement, le système assurantiel change les prestations, qui sont désormais liées à un individu en particulier sur la base de pathologie identifiée: un financement par «sujet», qui s'oppose au financement traductionnel par «objet», où c'est le service qui est soutenu et non la prestation à l'individu. Cela provoque des trous d'air importants pour tout ce qui peut se faire en dehors du cadre strict du traitement, comme le travail de réseau, le soutien aux autres acteurs de premières lignes ou la réduction des risques. Cette dérive inquiétante figure au cœur du papier de positionnement de la NAS-CPA, qui rappelle que l'addiction est une problématique transversale qui ne peut se satisfaire du cadre actuel de la maladie individuelle: «Les problèmes et maladies liés aux addictions sont complexes et s'accompagnent de toutes sortes de comorbidités et de troubles sociaux. Ils s'étendent souvent sur la durée. C'est pourquoi, un large consensus s'applique au modèle bio-psycho-social

aujourd'hui (...). Dans le système actuel, ceci implique une combinaison entre un financement de l'objet et un financement du sujet, ou alors un financement du sujet avec une tarification adaptée de l'ensemble des prestations à fournir dans le domaine psychosocial, tous domaines confondus et intégrant les intersections entre disciplines.» [4]

IMPÔTS SUR LES PSYCHOTROPES ET COÛT SOCIAL

Cette situation n'est cependant pas une fatalité, car les ressources existent, via la fiscalité sur les produits et les jeux. L'imposition des psychotropes fait partie des premiers impôts introduits en Suisse. Après les droits de douane (qui sont à l'origine de la Suisse) et la taxe d'exemption du service militaire, le troisième impôt à être introduit en Suisse concerne les boissons distillées en 1887 [5]. Suivront en 1933 l'impôt sur le tabac et, en 1934, l'impôt sur la bière, bien avant l'impôt fédéral direct et la TVA que nous connaissons aujourd'hui (dont les versions antérieures furent adoptées en 1941).

Les prestations que les citoyens reçoivent contre ces taxes ne sont pas à la hauteur de ce qu'ils ont payé : seul 1,3% des 3'361 mia (soit 44,2 mio) servent à s'occuper d'addictions. Ils proviennent des trois mécanismes distributifs suivants :

1. Dîme sur l'alcool: 10% du produit de l'impôt est restitué aux cantons
2. Fond tabac: 0,3% du produit de l'impôt, affecté au fond de prévention du tabagisme
3. Taxe sur les loteries: 0,5% du produit brut des jeux de loteries distribué aux cantons

La lecture des chiffres donne une toute autre image de la situation des addictions. Plutôt que n'être qu'une charge, les consommateurs de psychotropes financent la Suisse à hauteur de plus de 3 milliards par année. Pour donner une échelle de ce montant astronomique, les impôts sur les conduites addictives rapportent de quoi acheter chaque année vingt-trois F/A 18, ou vingt Grippen, modèle plus récent et plus cher.

RESSOURCES PROVENANT DES ADDICTIONS EN 2016 [6]

En mois CHF	Recettes	AVS/AI	Confédération (non affecté)	Confédération (pour prévention)	Cantons (non affectés)	Cantons (pour prévention)
Tabac	2131,0	2131,0	13,9	13,9	0,0	0,0
Spiritueux	277,5	224,4	26,0	2,2	0,0	24,9
Bières	112,6	0,0	112,6	0,0	0,0	0,0
Loteries	630,0	0,0	0,0	0,0	630,0	3,2
Casinos	323,0	276,0	0,0	0,0	47,0	0,0
Total	3361,5	2631,4	152,5	16,1	701,9	28,1
%	100%	78,3%	4,5%	0,5%	20,9%	0,8%

Aujourd'hui, sur les onze impôts que prélève la Confédération, quatre sont liés directement aux addictions.

1. La dîme sur l'alcool
2. L'impôt sur la bière
3. L'impôt sur le tabac
4. L'impôt sur les maisons de jeux

Il faut noter qu'ils furent tous introduits à des époques où la santé publique n'en était qu'à ses balbutiements et que personne n'avait encore sérieusement posé les enjeux de avant tout de taxes qui se justifiaient alors par la moralité douteuse de certains comportements. Ces ressources fiscales viennent grossir les caisses de la Confédération (bière) et des assurances sociales (tabac, casinos). En y ajoutant les bénéfices des Loteries, redistribués avec les cantons, on obtient une jolie somme.

Ici, la Confédération et les cantons ne partagent pas leurs revenus avec les consommateurs qui paient ces contributions.

Ce que rapporte les addictions à l'Etat chaque année: 3,3 milliards

Mais les addictions occasionnent bien entendu aussi des coûts relativement importants, pour l'individu mais aussi pour la société et il faut l'accepter comme un élément clé du débat. Le professeur Claude Jeanrenaud de l'IRENE a tenté de les quantifier avec une méthode des sciences économiques basée sur le coût social, qui distingue trois types de coûts. D'abord les coûts directs, qui comprennent toutes les dépenses effectuées durant l'année de référence pour prévenir et corriger les conséquences négatives de la consommation, qu'il s'agisse du traitement des atteintes à la santé, de traitements des addictions, d'aide à la survie ou de dommages matériels. Les coûts indirects, eux, regroupent la perte de productivité qui en résulte et la perte de ressources. Quant aux coûts intangibles, ils renvoient à la souffrance ressentie par les personnes touchées et leurs proches, en convertissant un ressenti émotionnel en valeur monétaire.

Parmi ces trois coûts donc, seuls les coûts directs sont à la charge du budget de l'Etat (les deux autres coûts relèvent d'une extrapolation sur un futur hypothétique ou d'une quantification de la douleur en termes monétaires).

Coûts directs des dépendances en Suisse [7]

	Drogues illégales	Alcool	Tabac	Jeux	Total
Coûts directs (en mia)	0.6 [8]	0.8	1.5	0.6	3.5

Pour les drogues légales, on obtient 2,9 milliards de coûts sociaux en additionnant tabac, alcool et jeux, soit 400 mio CHF de moins que les revenus des taxes. Les consommateurs sont donc bel et bien contributeurs net aux comptes publics ! Pour rajouter les drogues illégales, il faudrait alors y inclure une possible taxation de ces produits, ce qui devrait couvrir ce surcoût.

ÉQUIVALENCE ET JUSTICE FISCALE

Le principe de l'équivalence fiscale, que l'on peut aussi simplifier en « qui paie décide », postule que l'unité qui bénéficie d'une prestation, l'unité qui assume les coûts et l'unité qui prend la décision doivent être identiques [9]. En d'autres termes, le niveau du fédéralisme qui assume les coûts liés à une prestation doit non seulement être celui qui décide, mais aussi celui qui récolte les ressources pour accomplir cette tâche. En matière d'addiction, nous avons ici un problème. Si les cantons assument une bonne partie des coûts et qu'ils décident de la nature de l'offre des prestations, les revenus leur échappent et filent dans les caisses de la Confédération, du fond AVS/AI, ou de la culture et du sport pour les loteries. Les personnes souffrant d'addiction paient donc des taxes supplémentaires par rapport au reste de la population abstinente, ou à consommation réduite, mais ne touchent aucun bénéfice de ces contributions. Les cantons et les payeurs de primes maladie doivent alors prendre en charge les coûts liés aux dépendances, ce qui crée les tensions décrites plus haut.

Un impôt sur la consommation taxe de manière linéaire le consommateur : plus nous consommons, plus nous payons l'impôt. Comme l'addiction est par définition une consommation « non maîtrisée », taxer cette consommation afin de financer des infrastructures et assurances collectives pose assurément des problèmes éthiques. Il n'est pas juste que la collectivité profite de personnes vulnérables pour financer l'AVS par exemple, alors même que ceux qui vont payer ce surplus ont une espérance de vie plus basse et sont donc les moins susceptibles de les toucher. Ces impôts à la consommation peuvent aussi être considérés comme une « taxe incitative ». Or l'idée de la fiscalité incitative consiste à utiliser le prélèvement de l'impôt pour encourager des comportements et non pour financer des infrastructures collectives. Ce que l'Etat encaisse via ces taxes incitatives doit être redistribué aux cercles ciblés par les incitations. Par exemple, la taxe sur le CO2 est redistribuée pour la LAMal, selon l'idée que la pollution a des impacts négatifs sur la santé. Dans notre

cas au contraire, **seulement 1,3 % des recettes de l'impôt est affecté à des prestations pour les consommateurs.**

Le système actuel est donc injuste puisqu'il cible une catégorie de la population qui n'est pas bénéficiaire directe des prestations étatiques ainsi soutenues. Les joueurs excessifs par exemple ne sont pas les premiers bénéficiaires des infrastructures sportives et culturelles (opéras, théâtre) qu'ils financent pourtant via leurs pertes de jeux. Il pose également un problème de visibilité des flux financiers réels, entre l'Etat et consommateurs de psychotropes. Alors qu'ils sont brocardés pour les coûts excessifs qu'ils provoquent, ces derniers représentent au contraire les contribuables les plus fidèles, qui contribuent bien davantage que la moyenne aux prestations générales de l'Etat. Il est temps de redresser la représentation négative dans l'imaginaire collectif dont les consommateurs souffrent.

POUR UNE NOUVELLE TAXE SUR LES PSYCHOTROPES

Devons-nous vraiment continuer à compter sur des fumeurs et des joueurs pour payer nos retraites, alors qu'ils ont nettement moins de chances d'en bénéficier ? Et ensuite malgré tout, la main sur le cœur, sur les coûts que nous payons par solidarité pour venir en aide à ces mêmes personnes ? En d'autres termes, n'est-il pas enfin temps de sortir de la légitimation douteuse et moralisante de ces taxes pour se conformer aux principes modernes en termes de fiscalité ? Les conditions semblent en tous les cas réunies : les addictions provoquent des coûts, les taxes se justifient par la santé publique et que les consommateurs sont d'accord de les payer. Pourquoi alors ne pas internaliser dans le prix d'achat les externalités négatives des addictions ?

Deux principes seraient alors à respecter pour le produit de ces taxes :

1. Aller en direction de ceux qui paient les coûts, à savoir les cantons (év. LAMal)
2. Être affecté en partie aux coûts directs liés à la consommation des psychotropes

La dîme sur l'alcool nous fournit un premier modèle, consacré par l'article 131 de la Constitution. L'alinéa 3 prévoit une redistribution de 10% du produit de l'impôt aux cantons pour gérer les problèmes de dépendances. Si on étendait cette règle à tous les produits mentionnés à l'alinéa 1, le montant actuel de 26 mio de CHF perçu par les cantons bondirait à 330 millions. La taxation du cannabis pourrait encore faire monter ce chiffre jusqu'à 350 millions pour les cantons, soit quinze fois plus qu'aujourd'hui. En faisant bouger le pourcentage redistribué aux cantons, leurs moyens augmenteraient alors de manière linéaire et pourraient compenser totalement les coûts à la charge du public, aussi bien dans les cantons que dans la LAMal, tout en annulant les évolutions négatives du financement par sujet et en rétablissant un soutien par objet, comme le demande la NAS-CPA.

Une initiative populaire qui défendrait ce principe aurait probablement des chances de s'imposer. En cas de refus, elle

pourrait tout de même permettre de renouveler le débat sur le financement des prestations et faire ressortir la contribution à la société des consommateurs. En cas d'acceptation par contre, c'est un nouveau rapport aux prestations qui verrait le jour. Le paternalisme actuel laisserait la place à un modèle plus équitable, où les consommateurs paieraient avec leurs taxes les prestations dont ils pourraient avoir besoin, en cas de perte de contrôle. Un pas décisif au-delà de ce rapport moralisant et stigmatisant que notre société entretient encore avec ces produits ou comportements.

Courriel: jf.savary@grea.ch

Références

- [1] https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/2017_Financement_de_l%E2%80%99aide_aux_personnes_d%C3%A9pendantes.pdf
- [2] <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/51281.pdf>
- [3] Cette initiative parlementaire demandait à ne plus rembourser les hospitalisations d'urgence lors d'intoxications alcooliques
- [4] Nous ne tenons pas en compte dans ce montant des coûts de la répression en matière de drogue (800 mio/année) qui ne peuvent décentement pas leur être imputés.
- [5] Conférence Suisse des impôts (2013), *Le système fiscal suisse*, 15^{ème} édition, ISSN: 1664-8455, Berne
- [6] Sources: Rapport d'activité de swisslos 2008 à 2017; Rapport d'activité de la Loro 2008-2017; Rapport d'activité de la CFMJ 2008 à 2017; LMJ; Compte d'Etat, Unités administratives, Administration fédérale des douanes, tome 2A, no 606; LTab; OTab + LIB; OIB; Statistique 2017 de l'Administration fédérale des douanes AFD
- [7] Jeanrenaud Cl. et al. (2005), *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse*, Rapport final.
- [8] Nous ne tenons pas en compte dans ce montant des coûts de la répression en matière de drogue (800 mio/année) qui ne peuvent décentement pas leur être imputés.
- [9] Olson Mancur Jr (2010), The Principle of "Fiscal Equivalence": The Division of Responsibilities among Different Levels of Government, *The American Economic Review*, Vol. 59, No. 2, Papers and Proceedings of the Eighty-first Annual Meeting of the American Economic Association (May, 1969), pp. 479-487

À LA VEILLE DE LEUR DÉPART À LA RETRAITE, PAROLE À DEUX MONUMENTS DU RÉSEAU ROMAND: MARTINE MONNAT ET PIERRE MANCINO

Interview de Jean-Félix Savary, secrétaire général du GREA, Lausanne.

Martine Monnat (MM) est médecin cantonal adjointe, Office du Médecin cantonal, domaine Populations vulnérables, Service de la santé publique, Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), Lausanne; Pierre Mancino (PM) est travailleur social, chargé de cours à l'HETS, responsable ARGOS, Genève

Il est difficile de parler ouvertement des enjeux professionnels dans le domaine des addictions. Nous avons donc décidé de profiter du départ à la retraite de deux personnes libres de parole pour bénéficier de leur vision du passé et du futur. L'objectif de cette interview est de dire les choses telles qu'elles se vivent aujourd'hui dans le monde de l'addiction. D'un côté le social, de l'autre le médical, Genève et Vaud, des parcours différents mais complémentaires sous divers aspects. (JFS)

Jean-Félix Savary: Comment voyez-vous l'évolution du regard de la société sur le domaine des addictions?

PM: La société n'avait pas conscience des problèmes de dépendance. Il s'agissait de situations individuelles qui n'étaient pas perçues comme un enjeu de santé publique ou de politique sociale. A partir des années 80-90 avec le Platzspitz à Zürich et d'autres, l'addiction est devenue un sujet important pour la société et le monde politique.

Malgré cette prise de conscience, il y a des positions qui se figent autour des notions d'abstinence et d'absence de régulation et de libération de la consommation. Il y a vraiment ces deux faces de la même médaille: une ouverture et un désir d'apporter les réponses médicales et sociales aux usagers et, en même temps, une tendance à resserrer l'étau autour de la répression.

MM: Je partage également cette vision, il existe un risque de durcissement des positions. Lorsque j'ai commencé mon mandat de médecin de rue et parlé de réduction des risques, le ministre de l'époque affirmait «on ne pactise pas avec la drogue». De ce fait, le canton de Vaud ne reconnaissait que 3 piliers, prévention, répression et thérapie. Nous étions dans une situation rigide et plus fermée que les autres cantons. La situation s'est nettement améliorée ces dernières années, mais je crains toujours un retour de la répression ou plutôt des actions non concertées entre les acteurs des différents piliers qui font la part belle à la répression.

Et quelle est votre perception du travail fait dans le domaine des addictions ? Voyez-vous une évolution à ce niveau-là?

MM: Pour le canton de Vaud, une belle progression puisqu'un programme de prescription médicalisée d'héroïne va venir compléter les offres de traitement du CHUV et qu'un espace de consommation supervisé va ouvrir à Lausanne. Nous devons continuer à expliquer les principes de nos actions, ce qui est normal, et faire attention à adapter la communication.

PM: En tant que travailleur social, je pense effectivement qu'il y a une forte demande pour que nous soyons des agents de contrôle sociaux qui veillent à limiter les débordements dans la rue. De telles attentes ne me dérangent pas, puisque, à mon sens, bien vivre participe aussi à un équilibre social, mais notre travail ne doit pas se limiter uniquement à cela. Cela dit, nos actions, en tout cas sur Genève, ont toujours été bien perçues me semble-t-il, et soutenues par les politiques. J'ai cependant l'impression que nous maintenons aujourd'hui nos acquis avec peu de recherche ou de développement ou de nouveautés.

Quels sont les manquements politiques actuels dans le domaine de l'addiction?

MM: Compte tenu des développements récents, on peut dire que les offres concernant les consommateurs «classiques», c'est-à-dire les structures d'aide et de suivis, les traitements ambulatoires, etc., sont plutôt bien développées et comprises par les autorités. Il faut maintenant travailler sur le concept de «consommation récréative» en particulier pour le cannabis. C'est le produit le plus consommé en Suisse. Les études montrent que cette consommation concerne principalement des jeunes adultes qui cessent de consommer après quelques années. Nous ne sommes pas tous égaux face aux produits, il est manifestement possible pour certaines personnes de consommer du cannabis, ou d'ailleurs d'autres produits, sans en devenir dépendants et, par conséquent, sans souffrir de conséquences médicosociales. S'agissant des consommations récréatives, il faut donc pouvoir limiter les risques et prévoir des interventions pour les personnes qui montrent des signes de vulnérabilité.

PM: Je ne partage pas cette vision, je fais partie de la commission consultative en matière d'addiction au Conseil d'Etat et, depuis un an, nous travaillons sur un projet de régulation du cannabis à Genève mandaté par une sous-commission où tous les partis politiques genevois étaient représentés au départ. L'UDC s'est ensuite retirée. Même les mouvements dits conservateurs ont adhéré à l'idée de

travailler sur la question. Nous voyons donc que Genève tente toujours de s'adapter à la réalité.

Les consommateurs sont là, ils sont festifs, récréatifs ou déjà avec des problèmes souvent non reconnus. Il s'agit donc de se rapprocher des usagers pour repérer précocement ceux qui seraient à risque ou les plus vulnérables. Cela nous renvoie toujours à cette politique à multiples vitesses, le fameux fédéralisme qui reflète ces différences avec des politiques socio-sanitaires inégales.

Que pensez-vous de la dynamique du monde de l'addiction? Sommes-nous, dans notre travail plutôt en train d'avancer ou de stagner?

PM: A l'époque, le problème de la drogue était reconnu comme une problématique majeure en Suisse. Nous étions donc automatiquement mis en position de militantisme, d'action, de revendication et de construction de projet. Actuellement, nous sommes plus dans la continuité et la conservation que dans la création et l'élaboration de nouveaux projets. Nous nous trouvons donc plus dans la recherche d'une stabilité que dans une dynamique d'action citoyenne.

MM: Travailler dans ce domaine peut être épuisant. La précarité est en augmentation. Les professionnels doivent tenir sur la longueur sans tomber dans la routine, se renouveler tout en entendant parler de restriction budgétaire. Le risque peut être de se replier sur sa pratique, de craindre la concurrence, de refuser la concertation.

La formation dans le domaine de l'addiction a pris un rôle très important, et il est possible actuellement de faire carrière dans ce domaine, qu'en pensez-vous? Quelle est l'importance des connaissances dans le monde de l'addiction?

PM: Effectivement, la nécessité de se former demeure et je dirais même de plus en plus, au vu de la complexité et de la diversité des situations, que ce soit d'un point de vue psychique, social ou émotionnel.

MM: Pour moi la formation est une question difficile, acquérir des connaissances est fondamental mais qu'en est-il du savoir-être? Cette notion est bien plus difficile à transmettre et à acquérir que des connaissances théoriques sur un sujet donné. J'ai l'impression que le savoir-être est très peu enseigné.

Pendant les études, la tête se remplit, on apprend énormément de choses, qui sont nécessaires, bien entendu, mais le travail sur le « comment être » dans la relation est trop peu abordé. A mon sens, il y a trop des règles qui interdisent la proximité au nom de la « distance thérapeutique ». Or s'il y a un domaine dans lequel il faut oser la proximité, c'est bien celui de l'addiction.

Comment appréhendez-vous l'interdisciplinarité dans le travail sur l'addiction?

PM: Aujourd'hui, sur Genève, j'ai l'impression que nous sommes revenus à une vision disciplinaire plutôt qu'interdis-

ciplinaire, alors que l'utilisateur est transdisciplinaire. Encore une fois, c'est l'utilisateur qui nous amène à nous questionner sur cette problématique, nous ne pouvons pas lui donner des réponses univoques et séquencées. C'est pour cela que nous avons intégré des infirmières et infirmiers au sein d'ARGOS depuis quatre ans, car je pense qu'il est primordial pour nous de construire et de collaborer avec le monde médical.

MM: Il me semble qu'à Genève, les approches dans ce domaine ont été différentes entre la médecine communautaire, la psychiatrie et le social, ce qui a empêché certains développements. A Lausanne, le Centre Saint-Martin a été d'emblée une institution médico-psycho-sociale. Nous avons fait face, dès l'ouverture, à un nombre important de demandes, et nous n'avons pas eu trop de temps pour discuter les concepts. De ce fait, nous n'avons pas eu de difficultés majeures pour intégrer les différentes approches. A ma connaissance, les autres structures du canton fonctionnent aussi selon le modèle médico-psycho-social.

Quel est la place de l'utilisateur dans sa propre prise en charge?

PM: Le *patient au centre* est une notion qui a redéfini l'action sociale et le monde de la santé. A partir du moment où le patient a été placé au centre, nous lui avons enfin donné sa légitimité. C'est nous qui avons le pouvoir avant, alors que là, nous le rendons au patient, à l'utilisateur. Nous partageons ce pouvoir. Cela donne au patient un certain nombre de droits qu'il peut revendiquer. C'est ce qui a été fait progressivement, seulement, me semble-t-il, ce n'est pas une construction mentale réfléchie chez l'utilisateur, c'est plutôt une posture sans réelle position citoyenne, où l'utilisateur se dit: « Je suis acteur et j'ai un certain nombre de droits que je dois revendiquer. » Par ailleurs, il s'agit de droits singuliers, et c'est un grand déficit pour la revendication de la défense des droits des usagers.

MM: Je suis d'accord sur l'aspect singulier des choses. Nous avons tenté de soutenir des organisations/associations d'utilisateurs pour donner de la force à leurs revendications mais ces associations n'ont pas duré longtemps.

L'utilisateur est au centre quoiqu'il arrive, de par sa souffrance, les dégâts physiques et psychiques. Encore faut-il que les professionnels arrivent à l'entendre et s'organisent pour répondre à leurs besoins plutôt que de devenir un groupe de bienfaiteurs, qui sait mieux que l'utilisateur ce qui est bien pour lui et qui lui dit ce qu'il faut faire. J'ai l'impression que le concept « d'utilisateur au centre » peut parfois être une notion assez vide.

Quelle est votre vision de la notion de maladie et son évolution chez l'utilisateur de substance?

MM: Selon mon expérience, les personnes dépendantes ont vécu des histoires difficiles, souvent traumatiques. Elles ont trouvé du soulagement dans la consommation. Le fait qu'elles continuent à consommer malgré les dégâts constatés, est parfois troublant pour un professionnel de la santé qui l'accepte en réalisant qu'elles souffrent d'une



photo@pixabay.com

atteinte chronique, l'addiction, qui nécessite des soins de longue durée. Mais il existe aussi des personnes pour lesquelles la consommation est un choix et reste récréative, parler de maladie dans ce cas est inadéquat.

PM : Je vous rejoins, cette notion de maladie a permis la construction d'une politique de soin globale. Cela a aussi permis que la société soit d'accord d'organiser des programmes de soins et d'accompagnement à partir de cette définition-là. Il faut se méfier cependant de cette notion de maladie qui arrive à son paroxysme et devient, à mon sens, problématique allant jusqu'à déresponsabiliser l'utilisateur.

C'est un concept qui peut avoir l'effet inverse pour l'utilisateur qui va se retrancher derrière ce concept de maladie et dire « je suis malade ». Nous favorisons donc une certaine forme de chronicité. Je trouve très positif que les usagers revendiquent actuellement une autre posture qui nous permettra de redéfinir de nouvelles positions professionnelles.

Depuis quelques années, sous l'impulsion de la Confédération nous pouvons parfois observer une dissolution du domaine des addictions dans le système de soin traditionnel. Comment voyez-vous cela ? Y a-t-il encore une identité commune dans le domaine des addictions ?

MM : En médecine, je pense qu'il faut un certain nombre de connaissances et de compétences spécifiques qui

demandent une formation complémentaire. Un médecin à la fin de ses études n'aura pas d'emblée les compétences pour gérer certaines situations ou développer la relation adéquate. Par exemple, j'ai pu constater dans mon activité de médecin cantonal adjoint que certains médecins n'arrivent pas à gérer des situations complexes, à notamment refuser des demandes de prescriptions inadéquates avec pour conséquences des suivis qui n'évoluent pas et des médicaments qui se retrouvent au marché noir.

PM : Si nous regardons stricto sensu le rôle du travailleur social, nous sommes plus dans des questions de précarité et d'acquisition de compétences sociales et non sur des questions de médicaments nécessitant des connaissances et un savoir spécifique et précis.

En ce qui concerne l'identité commune dans le domaine de l'addiction, c'est d'abord des pratiques qui se rejoignent. Par exemple, je ne peux pas dire que j'ai la même identité qu'un médecin car il a une formation, un cursus, une vision de la problématique différente de la mienne, on ne peut donc pas parler d'identité commune. Par contre, on peut construire une troisième identité où quelque chose serait commun. C'est l'approche pluri/trans/interdisciplinaire qui doit être développée dans nos pratiques, et qui nous permettrait de construire cette identité commune avec toutefois nos singularités avec des approches, des visions et des théories différentes sur le sujet de l'addiction. Cette diversité de compétences et de savoirs devrait permettre la

construction d'une troisième identité permettant de potentialiser les différents acteurs du monde de l'addiction.

Sommes-nous en train de la construire cette troisième identité?

PM: Nous devrions être en train de la construire mais je vois que, sur Genève, nous sommes plutôt en pleine déconstruction.

MM: Quand j'étais sur le terrain, nous avons travaillé sur cette troisième identité. Le médecin ne faisait pas que des soins et le travailleur socio-éducatif s'intéressait à la santé, assurait même certains actes médicaux comme, par exemple, la remise des traitements. Le médecin pouvait assurer des tâches sociales, car il était la personne la plus à même de remplir cette tâche face à cet usager dans cette situation donnée. Nous avons donc poussé ce mélange des rôles assez loin.

Nous étions parfois tellement impliqués dans certaines situations que nous devenions même l'avocat de nos patients. Pour moi, c'est ça cette troisième identité et cela représente le référent idéal.

Vous parlez de porte-parole et d'avocat, mais voyez-vous une évolution de la place de l'usager dans la prise en charge, qui ne serait plus une personne à défendre mais une personne prenant les décisions?

PM: Personnellement, je ne vois pas d'évolution, en tout cas pas à Genève. Peut-être parce que ce n'est pas un domaine avec lequel je suis beaucoup en contact.

MM: Lorsqu'on met réellement le patient au centre, il devient celui qui amène la décision, et cela est possible. Quant aux associations de consommateurs, comme celles qui existent en Angleterre et en France qui revendiquent leur autodétermination, je n'en connais pas en Suisse.

Donc dans les institutions, nous n'avons pas encore trouvé le moyen de faire vivre cet objectif de citoyenneté?

MM: Nous savons par expérience que cet objectif de citoyenneté ne peut pas être atteint s'il est provoqué, soutenu, entretenu, fertilisé par les professionnels.

PM: Je suis d'accord, et très certainement que le système politique suisse ne le facilite pas. Par exemple en France, comme les usagers font en permanence face à la répression, ils doivent eux-mêmes revendiquer leur place. La Suisse, avec son système, a indirectement construit chez nos usagers cette position attentiste et non revendicatrice.

Que pouvez-vous nous dire sur le paradigme de santé mentale et de la psychiatrie dans le monde de l'addiction?

MM: Par mon travail principalement auprès de patients complexes et désinsérés, la psychiatrie est principalement utile dans le soutien des équipes pour notamment aider à analyser les situations, à mettre en perspective certains comportements. Elle contribue ainsi à éviter les montées en symétrie, les sanctions inadéquates menant irrémédiablement à une impasse. Dans ces situations, les demandes de

psychothérapie sont plus rares. La plupart des prescriptions peuvent être assurées par un médecin non psychiatre formé dans le domaine.

PM: Quelle que soit l'approche, il ne faut rien rejeter. En effet, que ce soit la psychiatrie, le social ou la psychologie, cela fait partie d'un éventail qui permet d'analyser et de comprendre les situations et d'avoir une vision interdisciplinaire. Par exemple, bien que je ne sois pas psychiatre, je me vois utiliser certains concepts sur une situation donnée.

Le problème est l'association de la psychiatrie à la médication. Je vois de plus en plus de médicaments, mais les gens ne vont pas mieux pour autant. Il faut rediscuter cette question de la prescription parfois excessive. J'adhère cependant complètement à l'utilisation de la psychiatrie comme grille de lecture.

MM: Les situations difficiles amènent souvent à appeler le psychiatre parce qu'on pense qu'il est « celui qui sait ». Or il n'en sait pas plus qu'un autre. Dans ces situations complexes, c'est l'ensemble des points de vue qui compte. Le psychiatre, le travailleur social, le médecin somaticien, mais aussi, par exemple, le concierge qui croise la personne tous les jours, vont tous amener une pierre à l'édifice qui permettra la compréhension de cette situation difficile.

La santé mentale est un puissant vecteur d'interdisciplinarité et d'ouverture. Par contre, il y a aujourd'hui des débats nourris sur le rôle des médicaments et leur place en psychiatrie. Comment voyez-vous cette évolution?

MM: J'ai toujours défendu que les traitements de substitution ont un rôle important dans la possibilité de commencer à dialoguer avec la personne. Avec ces traitements, nous donnons à l'usager la possibilité de sortir de sa crainte d'être « en manque » et de diminuer la recherche de produit. L'usager peut ainsi être présent à la consultation au lieu d'aller rechercher de l'argent et son dealer. Toutefois, ces traitements peuvent être dangereux avec des risques d'overdose ou de développement d'une relation d'emprise.

Un des problèmes peut être la « surprescription » de médicaments complémentaires. Pour l'avoir vécu, je sais qu'il peut être difficile pour un médecin de s'abstenir de prescrire.

La médecine de l'addiction est la médecine de l'exception. Nous sommes toujours dans la marge. S'il fallait rester dans les règles de l'*evidence-based medicine (EBM)* ou la médecine fondée sur les preuves, nous ne pourrions plus nous occuper de la plupart des populations vulnérables puisque pour elles, nous sommes dans l'exception, il faut raisonner différemment.

PM: Il me semble qu'il y a vingt ou trente ans, nous pensions que modifier le comportement de la personne allait suffire, il fallait juste demander à l'usager de se comporter et de s'habiller différemment, se couper les cheveux, se raser, etc., et que 50% des problèmes auraient disparu. Nous avons rapidement vu que cela ne fonctionnait pas.

Puis nous sommes dit qu'en créant une relation avec la personne, un lien, nous allions changer sa vie.

Nous voyons très bien qu'il y a une augmentation de la consommation. C'est aussi le fonctionnement de la société qui veut ça. Il existe un sentiment de vide ou de malaise qui entraîne les gens à prendre des substances.

Je ne sais pas si c'est bien ou mal, cette évolution vers une surmédicalisation mais, en tout cas, je pense qu'il est plus souhaitable d'avoir une personne bien entourée, dans un processus de soin plutôt que seule, livrée à elle-même, sans soutien relationnel, sans soutien médicamenteux, sans intervention psychiatrique, etc. Je n'ai pas d'idées cloisonnées sur ce sujet.

Finissons avec un peu de prospective, pour vous, quels sont les grands enjeux dans le domaine de l'addiction pour les vingt ans à venir?

PM: Il me semble que la question de la migration sera un des grands enjeux des années à venir. Nous voyons bien que le flux de déplacement de population ne cessera pas demain.

MM: Ces difficultés sont dues à l'absence d'une politique d'intégration adéquate. Si elles ne parviennent pas à s'intégrer, ces personnes, désœuvrées, sans perspective, risquent de se tourner vers la consommation de substances.

PM: C'est évident, si nous ne favorisons pas une intégration rapide, nous allons fabriquer de l'exclusion, de la marginalisation et de la précarité. Cela ne concerne pas uniquement les migrants, si nous prenons l'exemple des banlieues françaises, ce sont des personnes habitant en France depuis des années ou depuis toujours, mais qui sont entrées dans une dynamique d'exclusion.

Quelle importance devons-nous donner à la question de la réglementation du marché des drogues?

MM: En gros, la réglementation du marché des drogues permet d'éviter les dégâts liés à l'illégalité et à la consommation de produits frelatés. Elle contribue aussi à lutter contre le trafic et les problèmes d'ordre public associés. Elle est souhaitable et possible en tous les cas pour le marché du cannabis. La société me semble prête.

En revanche, la question de la réglementation du marché d'autres substances comme la cocaïne ou l'héroïne est bien plus sensible. Pour beaucoup, réglementer le marché d'un produit revient à banaliser sa consommation, ce qui est, bien sûr, inexact. Dans ce contexte, ouvrir le débat de la réglementation du marché de l'héroïne et de la cocaïne est délicat, alors qu'il faudrait justement pouvoir le faire au vu des effets néfastes de la prohibition sur les usagers et la société.

Si nous voulons être un peu plus optimistes, quelles opportunités avons-nous et sur quoi devrions nous axer nos combats? Dans quels domaines devrions-nous creuser davantage?

PM: Le rapport de Spinatch [1] me paraît intéressant, car il proposait une approche qui permettait de sortir d'une

certaine forme d'uniformité d'action et de d'apporter des définitions de gravité différenciée. Aujourd'hui, en tout cas dans le milieu du travail social, qu'on boive un verre, qu'on fume un joint ou qu'on se fasse un rail, tout est pareil, il n'y pas de nuance apportée aux notions de consommation. Le rapport Spinatch définissait que toutes les substances étaient traitées de la même manière et avec des aspects de gravité selon les substances. Ce qui amène le professionnel à avoir une action adaptée à la réalité et pas homogénéisée selon les connaissances du professionnel. Je trouve que cela nous apporte un éventail de possibilités pour nous et pour les usagers.

Et c'est pour cela que nous avons intégré au sein de notre structure, la notion de consommation non problématique. Et l'expérience que nous avons maintenant depuis une année montre que cette approche correspond très bien à la réalité et aux besoins de ces usagers-là. Nous voyons même une diminution de la consommation, si nous voulons voir les choses de ce point de vue-là, avec un passage d'une consommation problématique à non problématique.

Toutefois, qui est-ce qui définit qu'une consommation est problématique ou non? A mon sens, il ne faudrait pas que la définition vienne uniquement des professionnels de l'addiction ou uniquement de l'utilisateur, mais il devrait s'agir d'un dialogue. Donc cette notion de consommation problématique devrait être érigée par l'ensemble des acteurs impliqués, dans une approche communautaire.

Courriels: martine.monnat@vd.ch et pierre.mancino@hesge.ch

Références

- [1] Rapport Spinatch:
<https://tinyurl.com/yauqduvv>

LA VISION « FMR » DE LA POLITIQUE DES DROGUES

Boris Jeanmaire, animateur radio « FMR », Lausanne

Quel est le regard des usagers sur le réseau professionnel et son évolution? Parole à un animateur de la Radio FMR. (réd.)

LA POLITIQUES DES 4 PILIERS

La représentation de l'argent investi dans la réduction des risques dans la politique des 4 piliers est éloquente.

Beaucoup d'argent pour la répression équivaut à beaucoup de présence policière donc plus de stress, plus d'amendes et encore plus de raisons de se droguer.

La thérapie, comme elle est appliquée aujourd'hui, n'a pas un grand taux de réussite. Les usagers sont suivis à grands coups d'ordonnances médicales lourdes, qui ont souvent pour effet d'être encore plus dépendants à différents médicaments sans réelle réussite.

La prévention manque de vigueur et de visibilité. Il est rare de tomber, par hasard, sur une quelconque forme de prévention si vous n'êtes pas dans le « circuit ». C'est surtout dans les écoles et chez les jeunes qu'il faut accentuer les efforts. Car on voit bien une banalisation de la drogue en général et chez les jeunes en particulier !

Quant au dernier et petit pilier de la réduction des risques, il me paraît le plus important des 4, mais le moins soutenu par les autorités, et aussi le moins bien compris par les non-usagers. En effet, par expérience, nous remarquons que les fausses idées reçues ont la vie dure. La compréhension de la réduction des risques est acceptée souvent par des personnes qui ont dans leur entourage des usagers ou des ex-usagers.

Avec une véritable écoute pour la mise en place d'une thérapie qui correspond à l'utilisateur, soutenu d'un bon suivi physique et psychologique, qui tient compte des hauts et des bas, et donc de ses fréquences et styles de consommations, permettrait, nous en sommes sûrs, d'augmenter considérablement le si petit taux de réussite.

Nous avons dans l'équipe une ex-usagère, qui a vécu dans deux cantons différents, elle peut vous assurer que l'approche des autorités et des forces de l'ordre sur les 4 piliers, est très différente d'un canton à l'autre, et nous dirions même d'une commune à l'autre. Les petites communes rurales diabolisent les villes qui, elles, se félicitent des avancées politique sur les drogues et ses usagers.

IMPLICATION DES USAGERS

Le problème est que l'utilisateur ne s'y retrouve généralement pas et se sent plus souvent utilisé par le système, les médecins, les produits pharmaceutiques, etc., que réellement soutenu et écouté.

Nous sommes conscients que le chemin va être long et difficile. Mais au moins il se passe quelque chose. C'est

une évidence de mettre les usagers dans le processus de réflexion, le fait que les professionnels de la santé prennent en compte nos revendications ainsi que notre expertise ne peuvent qu'améliorer la situation. Avec notre avis, nous sommes convaincus que certaines absurdités peuvent être évitées.

Une des choses qui nous a le plus interpellés, c'est la politique de certains centres de distribution de produits de substitution. Déjà sur la manière de gérer les cas. La structure de l'établissement est assez spéciale, lorsqu'on commence une cure de méthadone, les professionnels de la santé sont des « référents » et donc pas des médecins, mais accompagnés de ceux-ci. Les médecins sont là pour faire les ordonnances et pour les modifications de traitements. Pour commencer, on nous fait bien comprendre que nous sommes demandeurs d'aide, ce qui nous engage dans un processus de soumission et de dépendance vis-à-vis des organes de soins. Pour la plupart des usagers, ce n'est pas l'arrêt des produits qui est souhaité, mais sortir de l'état de dépendance. Alors la réponse a été claire, les consommations ne sont pas tolérées, et sont même durement sanctionnées.

Une des méthodes utilisées est de nous augmenter la métha, avec l'excuse qu'avec plus de métha, on ne peut plus sentir les consos, ce qui est faux. Surtout lorsque la conso n'a rien avoir avec les opiacés.

Très rapidement les usagers reçoivent des doses de méthadone, pour nous trop élevées. Mais pour aborder le sujet des dosages, il faut d'abord en parler à notre référent, qui ne peut rien faire à part nous donner un rendez-vous avec un des médecins du centre. Le temps de voir le médecin, le corps s'est habitué aux doses et notre demande n'a plus lieu d'être.

Une fois la motivation du début passée, il y a des consommations, qui sont traitées par une augmentation du dosage de méthadone. Ce qui pour nous s'apparente à une sanction (une augmentation des doses forcée et non discutable). Les prescriptions sont faites par les médecins, mais les augmentations sont au bon vouloir des référents. Pour un usager de la FMR, il y avait une autre demande, il souhaitait aussi arrêter les Rohypnols®, qu'il prenait massivement. L'aide qui lui a été proposée comportait des prescriptions de neuroleptiques. Ce qu'il a tout de suite refusé. Là encore, on lui rappelé que c'était lui qui était venu en demandant de l'aide et qu'il n'avait pas son mot à dire quitte à obtenir ces médicaments dans la rue. Lorsqu'il allait prendre son traitement de méthadone, il devait prendre les neuroleptiques avant. Et avec contrôle

de la bouche comme on fait pour les chevaux (lever la langue, etc.).

Ce traitement médicamenteux a eu sur lui des effets négatifs, il a vu son énergie (libido, concentration, réflexe, motivation, etc.) grandement chuter. Le fait d'être ainsi suivi a eu sur lui un effet très déprimant. Maintenant, il faut savoir que tout ça a bien changé, il est chez un médecin, et la politique de ces centres a bien changé.

Les choses bougent à Lausanne, les différentes fondations et associations ont beaucoup de liens et sont très présentes avec une vision plus centrée sur une sorte de triangulation entre les usagers, les médecins et les groupes d'études d'addiction.

Il reste encore beaucoup à faire, mais il y a clairement une volonté de la part des associations et de certains professionnels d'entendre et de communiquer avec les usagers. A ce niveau, la FMR est très confiante quant au progrès d'une politique si ouverte.

NOUVELLES SUBSTANCES, NOUVEAUX DÉFIS

Par contre, lorsqu'on entre dans la réalité des choses et que l'on voit la difficulté de ces combats lorsque le pays choisit une politique des quatre piliers complètement axée sur la répression, nous pensons que nous sommes encore loin du but, surtout que nous pensons que la Suisse va de plus en plus mal face au trafic de coke. Il y en a vraiment dans chaque rue de Lausanne (la place de la Riponne n'est que la pointe de l'iceberg). Il y a aussi le fentanyl qui pourrait faire des ravages s'il n'est pas compris par le système de la santé, et surtout le Crystal qui commence à se retrouver dans des extas et dans plein de nouvelles substances.

Le problème avec ce genre de substance, c'est qu'il est facile d'en fabriquer avec quelques principes en chimie. Le labo peut tenir dans une roulotte et, lorsqu'on voit que c'est le produit le moins cher à fabriquer et le plus cher vendu, le risque est grand. Grand dans les deux sens puisque, légalement, il est durement réprimé.

LES EFFETS DE LA RÉPRESSION

Pour la politique des drogues, lorsqu'on voit les sommes mises pour la prévention et les thunes que l'on met dans la répression, on se rend bien compte que la répression est gagnante. En fait, tant que le déséquilibre entre les différents piliers sera dirigé en faveur de la répression, les usagers auront peur de s'exprimer.

Les usagers se sentent trompés, maintenus dans une certaine ignorance, ils ont de la peine à croire au système pénal suisse. Convaincus que la terre est dirigée par le fric, que nos gouvernements servent à détourner l'attention et à nous plonger dans une actualité contrôlée et qui nous remplit de préjugés.

Nous vivons sûrement dans un des pays les plus en avance sur ces questions, mais de voir que la répression prend une

telle place fait un peu peur. Ce sont les accueils bas seuil qui ont le moins de moyens mais qui sont en première ligne. Les usagers sont les gens les plus précarisés, et c'est souvent eux que la police attrape.

REGARD SUR LES L'ÉVOLUTION ET LES DÉFIS À VENIR

Pour résumer, il y a eu l'abstinence totale, seule solution pour nous guérir : des années de sevrage à sec, de thérapeutes affirmant que la drogue était la cause de tous nos problèmes. Qu'il suffisait de ne plus en prendre pour aller mieux. Les rechutes à l'héroïne se sont avérées mortelles pour énormément de toxicos.

Alors ils se sont dit que la solution devait être à l'opposé de cela, et les TSO et autres médications se sont généralisés.

Alors ils se sont dit que la solution devait en partie être psychiatrique, et les médications s'en sont trouvées augmentées.

Et ils ont évalué leur travail, de colloques en conférences. Et ils peuvent aujourd'hui affirmer qu'ils sont dans la bonne voie, en reconnaissant qu'il reste beaucoup à faire.

En 2018, les discours ont évolué. On ne parle plus du problème, on vante les résultats. La qualité de vie des usagers, la dignité humaine, si nous n'étions pas toxicos, ça nous donnerait presque envie de le devenir, juste pour avoir notre dose de dignité humaine !

Durant des décennies, la consommation de drogues relevait de la sphère privée, et n'était de ce fait pas un problème de société. Puis débuta la guerre contre la drogue. Cette guerre, comme toutes les guerres, n'a pas pour but la paix, mais les intérêts géopolitiques et économiques des belligérants. En interdisant l'achat, la possession et la consommation de drogues, l'Etat a privé de droit les usagers de disposer de leur vie et de leur corps. Les objectifs de la politique des 4 piliers étant la diminution de la délinquance et des coûts générés par les drogués ont été atteints avec un certain succès, il faut le reconnaître.

Les commissions d'experts, regroupant tous les professionnels dans le domaine, ont même réussi à établir des indicateurs de mesures afin de mesurer l'efficacité de la prise en charge du problème :

- diminution des décès liés au HIV ;
- diminution des infections HIV, Hépatite C ;
- diminution des décès par overdose ;
- baisse de la criminalité, sentiment de sécurité pour l'opinion publique.

En tant que citoyens il faut admettre que les politiques ont fait leur travail, et l'ont bien fait.

Mais en tant qu'usagers, cela a soulevé de nouvelles questions :

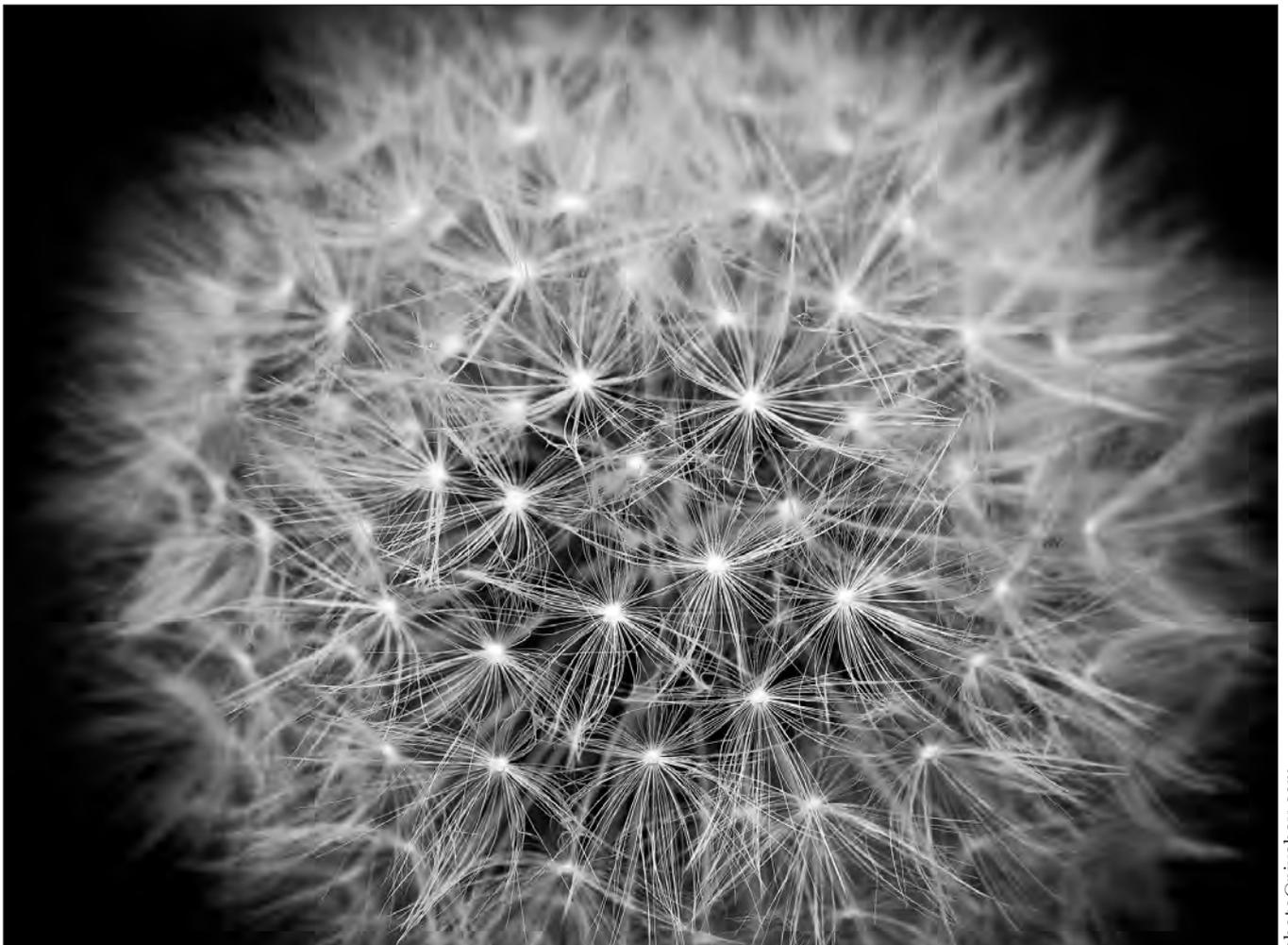
- Où est la dignité humaine quand une société estime que la diminution ou l'absence de souffrance est obligatoirement « bien-être » ?

- Où est la dignité humaine de substituer une drogue dure par un médicament sur ordonnance dont la durée de sevrage physique est 5 fois supérieure à l'héroïne ?
- Où est la dignité humaine du consommateur dépendant d'un centre agréé comme il l'était de son dealer ?
- Où est la dignité humaine de celui qui est décidé à se sevrer des substituts, et qui doit le faire seul car contre avis médical ?

Maintenant que les usagers prennent la parole, je pense qu'il ne pourra pas y avoir plus motivés pour démontrer leur utilité dans ce long combat qui est de faire comprendre que, dans les usagers, il y a plein de gens compétents et prêts à collaborer pour faire avancer les choses. Nous souhaitons avec deux cas concrets montrer là où les usagers peuvent se rendre très utiles pour éviter ces anciennes pratiques. La politique des 4 piliers est une bonne chose en soi.

FMR sera fière et reconnaissante si les professionnels veulent bien nous inclure dans ce processus de réflexion, et nous concerter là où ils pensent que l'on peut amener un plus. Nous sommes aussi très bien placés pour atteindre les usagers et, sur ce front, nous souhaitons nous montrer présents.

Courriel : boris@radio-fmr.ch



VOUS AVEZ DIT ENGAGEMENT ?

Viviane Prats, doyenne, responsable de l'Unité de formation continue, HES-SO – éesp, Lausanne; Benjamin Ravinet, travailleur social, Neuchâtel

Cet article nous livre les réflexions partagées des auteurs sur l'engagement comme lieu commun du pouvoir d'agir des personnes faisant usage de substances et de celui des praticiens. A partir de là, ils revisitent et redéfinissent la notion d'accompagnement au quotidien, d'un point de vue aussi bien individuel que collectif. (réd.)

ICI MAINTENANT

Les réflexions que nous vous proposons ici émanent de différents moments, où nous avons le plaisir de partager, sur ce qui nous semblait essentiel dans nos activités professionnelles mais aussi plus largement sur l'état du monde. Avec une conscience forte que les conditions d'existence sont en pleine mutation, que nous sous-estimons l'impact des révolutions technologiques et écologiques, nous avons trop souvent l'impression que le monde « marche sur la tête ». Le diktat des politiques néolibérales enferment les individus, les réduisant au rôle de consommateurs, faisant disparaître progressivement la notion de citoyenneté. A l'aube de crises majeures qui vont bouleverser les rapports de force, avec une augmentation de la précarité, dans un contexte de tensions identitaires exacerbées cherchant à se protéger des migrations [1], les seules réponses apportées à de vrais problèmes se déclinent dans la construction de murs.

Dans cette époque incertaine, nous nous interrogeons sur notre pouvoir d'agir et notre capacité à résister, nous nous nourrissons de courants de pensée et d'auteurs qui nous semblent éclairer nos pratiques quotidiennes, soutenir le cœur de nos actions, et mettre en perspective la question de notre engagement comme professionnels ainsi que comme citoyens inscrits dans une histoire collective. Ces éclairages critiques nous permettent de penser et de produire du sens, nous réjouissent, nous interrogent et parfois nous désespèrent. Comment promouvoir le commun dans ce monde qui promeut la réalisation de la perfection de soi, dans une stérile fuite en avant nous empêchant de penser aux véritables problèmes, dans une société addictogène, telle que la décrit Jean Pierre Couteron ? [2]

DOMAINE DES ADDICTIONS ET ENGAGEMENT

Nos expériences professionnelles se situent dans différents lieux du champ des addictions, à la croisée d'approches multiples. Les éclairages anthropologiques et sociologiques nous permettent de mieux en comprendre le sens et la fonction, les développements des neurosciences et de la recherche nous donnent des pistes pour développer des réponses appropriées en matière de soins. Le cadre légal a un impact indéniable sur nos manières de concevoir et d'appréhender ce champ particulier.

La formation est indispensable pour nous assurer des compétences, des savoir-faire, des savoir-être et des technicités professionnels, et permettre la mise en œuvre de processus réflexifs. Les personnes que nous avons eu

l'occasion de rencontrer lors de nos différentes activités, personnes consommatrices et collègues, nous ont aussi appris notre métier. Mais il relève là aussi de notre engagement d'actualiser les interventions en fonction de l'évolution des connaissances et de contribuer aux changements dans les propositions d'accompagnement.

L'engagement nous semble consubstantiel non seulement du travail social, mais encore détermine notre manière d'exercer notre citoyenneté dans une visée de promotion de l'intérêt général. Notre engagement se situe à la croisée du personnel et du professionnel. Ce que nous sommes, nos valeurs, nos déterminations politiques, etc., nous conduisent à des choix qui sont à l'origine de nos engagements.

Formellement, nous sommes tous engagés, par un contrat de travail. Mais au-delà de cet aspect formel s'engager, étymologiquement, c'est mettre, donner en gage. En tant que travailleurs sociaux, nous donnons en gage ce que nous sommes dans la relation. Nous nous engageons émotionnellement, attentifs, à l'écoute tant de l'Autre que de nous au service de l'Autre. C'est dans une authentique rencontre que se tisse un lien qui permettra à la personne d'aller à la rencontre d'elle-même et donc de ses ressources, de ses choix et de son rétablissement, sans cela, y a-t-il travail social ? La notion de distance, de la bonne distance, est souvent interrogée dans les espaces de formation, parfois exprimée comme besoin face à une proximité qui pourrait ne pas être « professionnelle ». Comme si la proximité revêtait une forme d'accueil. En effet, sans distance réflexive, sans retour sur soi et pensée critique, le risque est grand de basculer dans un rôle autoritaire et normatif. Comme l'exprime Poirier : « En prenant nos responsabilités, nous reconnaissons que s'engager c'est aussi se risquer vers l'Autre. De sorte qu'il n'y a pas d'accompagnement sans une exigence éthique que nous caractérisons comme l'engagement de sa subjectivité dans un geste qui intègre la considération de l'autre. » [3] Exigence éthique que nous prenons dans le sens développé par Bouquet [4] d'avoir la conscience de ses actes et la volonté d'en répondre.

Dans le travail d'accompagnement au quotidien, le travail d'équipe et la dimension collective sont indispensables pour donner sens à nos pratiques. Nous mettons en gage notre rigueur, notre humilité, dans la construction d'une collaboration avec l'Autre, tissant un lien horizontal dans le souci du respect de sa dignité. Une condition première qui nous semble indispensable afin de veiller sur et non pas de surveiller, dans une authentique bienveillance.

L'Archétype du guérisseur blessé [5] nous éclaire dans la lecture de ce travail, constituant avec l'Autre un partage des savoirs à l'opposé d'une approche plus paternaliste, consistant en une asymétrie relationnelle entre un expert détenteur des savoirs et un usager ayant à se conformer à des normes.

Cette posture professionnelle amène à cultiver activement la disponibilité, comme l'écrit Jean Furtos: « On ne peut aujourd'hui faire son métier que si l'on accepte d'abord d'écouter une souffrance (psychique d'origine sociale), qui se dit là où elle peut être entendue, et pas seulement avec des mots. » [6]

DES QUESTIONS ÉCONOMIQUES ET POLITIQUES TROP LIÉES

Comme le mettent en perspective Ricardo Petrella et al. : « La première caractéristique qui saute aux yeux, c'est la prise de pouvoir de gouverner et de contrôler des processus d'allocation des ressources matérielles et immatérielles de la planète par des conceptions et des politiques qui ont fait des valeurs et des critères propres à l'économie de marché capitaliste, les valeurs et les critères exclusifs de référence et de mesure de ce qui est bon, utile et nécessaire en économie comme ailleurs ». [7] Notre champ professionnel ne fait pas exception. Il importe de mesurer l'incidence délétère sur les conditions de vie et de travail des politiques mises en œuvre sous le diktat de l'économie.

Le productivisme réactif auquel nous sommes confrontés ne laisse que peu de temps à l'élaboration d'une pratique réflexive pourtant condition essentielle au développement de bonnes pratiques. La qualité de notre travail exige ce temps. Les pratiques du travail social comme des soins se sont vues transformées profondément par l'évolution du rôle de l'Etat, inspiré exclusivement du paradigme néolibéral dénoncé par De Gaulejac. « La gestion devient un instrument de pouvoir lorsqu'elle réduit l'individu à une "ressource humaine", oubliant que chaque individu a besoin de donner du sens à ses actions, qu'il est un être de langage et de désirs, que ses inscriptions symboliques sont tout aussi essentielles que ses besoins économiques et financiers, qu'on ne peut réduire l'homme à un objet, à un facteur ou à une variable d'ajustement, sans réduire en même temps la part d'humanité nécessaire pour une vie en société harmonieuse. » [8]

Ce primat de l'économie qui gouverne les politiques semble aujourd'hui creuser un décalage entre certains nouveaux gestionnaires de l'économie publique et les acteurs de terrains. Les premiers raisonnant exclusivement quantitativement, assurent la transition vers des financements pluriels, notamment de subventions vers des contrats de prestations. Il s'agit de vendre de la prestation, au risque parfois que cette stratégie génère des activités qui ne soient pas en adéquation avec les besoins effectifs.

Dans ce contexte, il est à craindre que des structures de service public mettent plus d'énergie à leur propre survie en

tant que structure que dans l'application de leur mission de santé et de service public.

Les seconds dont nous sommes accompagnés des personnes dont les conditions de vie se détériorent, où la précarité va grandissant. Le malaise croît, et il peut porter en lui le germe de l'indignation ou du repli sur soi. Cela n'est pas sans conséquence sur l'engagement des professionnels.

Il nous semble urgent de mettre notre engagement au service d'une approche collaborative, pragmatique, pour penser la construction commune de nouveaux modes d'organisation, porteuse de sens et de vision à long terme.

Dans ce passage de l'Etat-providence vers l'idéal sécuritaire, il nous semble indispensable de garder au centre de nos questionnements la question des conditions de vie et donc des droits humains.

La stigmatisation et le travail de normalisation qui en résultent nécessitent à notre sens une résistance de notre part. Face à la complexité des changements sociaux en cours, nous ne pouvons céder à la dangereuse tendance qui est celle de vouloir imputer à la seule responsabilité individuelle les comportements jugés non conformes.

Cette simplification gestionnaire guide des choix politiques à court terme qui appauvrissent, précarisent, marginalisent et produisent de l'exclusion. Une belle illustration de cet écueil intellectuel nous semble parfaitement illustrée par la stratégie drogue 2017-2024 par la promotion de la responsabilité individuelle. A priori, il est de bon augure de voir cette responsabilité promue, comme nous le défendons depuis des années en renforçant l'accès à l'information et aux soins des publics faisant usage de substances, du droit à obtenir du matériel stérile et l'accès à des lieux de consommation sécurisée, etc. Mais le risque que cela représente est d'en oublier la notion de solidarité, de ne pas voir que la précarisation concerne un nombre toujours plus élevé de personnes, et de se passer d'analyses sociologiques mettant en perspective les questions relatives aux conditions de vie. C'est faire fi également des déterminismes sociaux en jeu. Ne soyons pas dupes, depuis une vingtaine d'années, ce qu'Eloi Laurent nomme « les mythologies économiques » reprises aveuglément au plan politique a eu des conséquences désastreuses.

ENGAGEMENT MILITANT ?

L'engagement, à notre sens, ne peut se passer d'un aspect militant, politique. Le travail de réduction des risques, même s'il a été légitimé dans la loi, se défend au quotidien. C'est la responsabilité de chacun, a fortiori des professionnels, d'en défendre l'éthique. L'engagement nous semble indissociable du respect de la personne et de ses choix, impliquant une posture professionnelle particulière qui, si elle peut se développer de manière individuelle, se doit également d'être soutenue collectivement. Dans ce sens, le rattachement des professionnels à une association faitière comme le GREA est précieux.



photo@pixabay.com

Poursuivre par ailleurs le développement d'une politique de réduction des risques implique de travailler conjointement avec l'ensemble du dispositif et en particulier le résidentiel, car nous sommes convaincus que la complexité de la problématique ne peut trouver des réponses satisfaisantes que si elle s'inscrit dans une multiplicité de choix possibles, permettant d'accompagner les personnes dans le respect de la singularité de leurs histoires de vies. Là aussi, le quantitatif imposant des taux d'occupation peut prêter à la pluralité des offres.

La conception que nous avons de notre travail implique une dimension collective et sociale, qui ne peut se réduire à notre propre champ d'action concret. Elle se doit d'être conjuguée sur un plan plus large avec les questions des politiques drogues mises en œuvre sur le plan local, national et international. Malgré tout le chemin accompli, le dernier rapport de la *Global Commission* démontre que nous avons encore du travail à faire tous ensemble pour considérer l'usage de substance, aussi universel soit-il, comme quelque chose qui nous concerne tous.

La question des droits humains se pose indubitablement, car la stigmatisation des personnes faisant usage de substances psychoactives, quel qu'en soit le statut, pèse encore aujourd'hui massivement sur les individus dans l'accès au soin, au logement, aux assurances sociales...

Reprenant la définition de l'engagement, qui tel que nous le voyons ne peut faire l'économie d'une dimension politique, il s'agit aujourd'hui d'œuvrer pour la défense des droits des personnes. Nous ne pouvons plus faire l'économie de prendre des positions face aux politiques mises en œuvre, de s'inscrire dans un mouvement non pas de résistances stériles mais bien dans une perspective critique active, permettant la recherche d'alternatives soutenant non seulement la défense du pouvoir d'agir des personnes faisant usage de substances mais aussi de notre pouvoir d'agir propre, afin de ne pas être les agents d'un système: il s'agit de cultiver par l'action la solidarité et la promotion du mieux vivre ensemble.

Courriels : benjamin@famillerafinet.ch;
viviane.prats@eesp.ch

Références

- [1] Les politiques de droite mises en place ces derniers mois en sont les exemples les plus récents.
- [2] Couteron J.P. :
<https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-3-page-10.html>
- [4] Bouquet, B. (2004), *Ethique et travail social: une recherche de sens*. Paris: Dunod.
- [5] Chalverat Ch., *Archétype du guérisseur blessé*, notes de cours.
- [8] De Gaulejac V. (2005), *La société malade de la gestion*, Paris: Editions du Seuil, p 13.
- [6] Furtos J. (2008), *Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux: Ed. Elsevier Masson, p 16.
- [7] Petrella R., et al. (1997), *L'Etat démissionne? Place au privé! Les œuvres d'entraide en question*, Lucerne: Editions Caritas, p 7.
- [3] Poirier P. (2018), « L'engagement dans l'accompagnement éducatif », Nîmes: *Le Sociographe* n° 61.

LES ÉCUEILS RELATIFS AU PARTENARIAT MÉDICO-SOCIAL DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS

Ann Tharin, maître d'enseignement, Haute école de travail social et de la santé, éesp Lausanne

Cet article analyse les écueils de la transdisciplinarité médico-sociale dans le champ des addictions et propose des pistes pour les réduire. Un appel à relever ce défi essentiel pour tout praticien. (réd.)

INTRODUCTION

Issu des résultats de l'analyse d'un travail de mémoire (Tharin, 2015) consacré à la complémentarité et l'articulation des approches médico-sociales dans le champ des addictions, cet article propose d'examiner différentes catégories d'écueils (épistémologiques, disciplinaires, personnels, structurels/institutionnels, politiques) au partenariat médico-social et d'ouvrir quelques pistes de réflexion utiles à promouvoir les collaborations interprofessionnelles dans nos institutions. Ainsi, chaque type d'écueil est brièvement explicité par des éléments de la littérature francophone, puis alimenté par les résultats de la recherche qualitative menée au sein du dispositif d'addictologie vaudois. Les résultats exposés ci-après font état du contenu de 9 entretiens semi-directifs menés avec 3 médecins psychiatres, 1 psychologue, 1 infirmier et 4 travailleurs sociaux actifs dans des structures ambulatoires, résidentielles ou hospitalières.

LES ÉCUEILS ÉPISTÉMOLOGIQUES

Un travail collaboratif n'exige pas forcément un accord sur l'entier des cadres théoriques et conceptuels des partenaires en présence, mais nécessite un partage préalable autour des opinions et références de chacun, ainsi qu'un accord autour de l'analyse des tâches à accomplir (Gagnier & Roy, 2013; Mérini, S.d.). Les échanges autour des modèles théoriques de référence sont importants tant pour comprendre la problématique commune que pour agir sur cette dernière. Sans cela, des incompréhensions peuvent se développer et les conflits de logiques se transformer en conflits de personnes. Le temps d'échange qui permet de définir ce que chacun met derrière les notions et les mots est souvent l'un des préalables au travail en partenariat; temps pourtant peu mis à disposition ou investi dans les institutions ou services.

Dans le cadre de l'enquête effectuée, tant les représentants du corps médical que les travailleurs sociaux expliquent le fait que les modèles qui sous-tendent l'intervention autour du pôle social de l'addiction ne sont ni suffisamment connus, ni suffisamment explicités. La difficulté à énoncer des fondements théoriques légitimant l'approche sociale semble ainsi poser problème lors des échanges entre les différents partenaires. En effet, ceux issus du corps médical justifieraient leurs diagnostics et le bien-fondé de leurs interventions de manière plus référencée que les travailleurs sociaux, s'appuyant en priorité sur l'importance des preuves biomédicales et les critères

psychopathologiques se trouvant dans les manuels de classification des troubles mentaux.

Il est intéressant de s'interroger sur la difficulté que peuvent rencontrer les travailleurs sociaux à s'approprier les concepts qui sous-tendent leurs interventions. Constitués de théories multiples, les modèles enseignés en travail social sont en effet souvent les fruits d'autres disciplines (pédagogie, psychologie, sociologie, anthropologie, droit, etc.). Si ces bases théoriques sont utiles à la compréhension des conduites addictives et à l'intervention de terrain, ce ne sont pas les travailleurs sociaux qui les énoncent ou les conceptualisent, contrairement aux médecins par exemple, qui eux disposent souvent d'un pourcentage de travail dévolu à la recherche. Ainsi, au sein des différentes structures socio-éducatives, le fait de prévoir, dans l'horaire institutionnel, du temps à disposition pour pouvoir échanger, modéliser et référencer les pratiques en vigueur pourrait favoriser la levée de cet écueil; tout comme le fait de garantir l'accès à la formation postgrade

LES ÉCUEILS DISCIPLINAIRES

Lorsque l'on parle d'obstacles disciplinaires (Bonardi & Roussiau, 2001; Nicolescu, 1996), les représentations des différentes cultures professionnelles et de leurs normes entrent en jeu avec force. Cette multiplicité des représentations ne facilite guère, en termes d'opérationnalisation, une mise en action commune. Cette catégorie d'écueils concerne ainsi la représentation symbolique des autres disciplines et de leurs mandats, la domination d'une corporation sur une autre, ainsi que le repli identitaire et territorial. Comprendre ce qui entrave l'action commune reviendrait à approcher séparément les éléments qui constituent ces représentations et à découvrir les interactions complexes qui se jouent entre les différents groupes de partenaires en jeu; la question de la domination d'une corporation sur une autre étant véhiculée par les représentations sociales.

A la question de leur perception d'une forme de hiérarchisation des différentes professions médico-sociales actives dans le champ de l'addiction, la réponse unanime des intervenants montre que les partenaires les plus valorisés et légitimés aux yeux du grand public sont les médecins psychiatres ou les médecins somaticiens. Ces derniers sont suivis par les psychologues; les infirmiers et les travailleurs sociaux n'apparaissant qu'en dernière

position dans ce listing. Les interviewés justifient leurs réponses en mentionnant la longueur des études effectuées, le salaire, mais également la visibilité dont chacun dispose dans les médias. La plupart des interviewés rencontrés reconnaissent aussi le médecin comme étant le garant de la globalité des interventions à mettre en œuvre au sein d'un équipe de travail interdisciplinaire, le fait de disposer de la responsabilité médico-légale étant reconnu comme le point légitimant ce rôle de « garant de l'intervention ».

Ainsi, évoluer vers une véritable logique d'action partenariale signifierait, pour les intervenants médico-sociaux en présence, d'identifier puis de déconstruire ensemble leurs logiques différentes mais convergentes dans l'objectif d'accompagnement au rétablissement des conduites addictives. Vaste travail, à inscrire dans une volonté structurelle de dépasser le clivage médico-social qui entrave une approche intégrative des conduites addictives. L'analyse institutionnelle ou de pratique pourrait être un prérequis nécessaire à la levée de cet écueil aussi complexe que central.

LES ÉCUEILS PERSONNELS

Ce type d'écueil est relatif à la reconnaissance de ses propres (in)compétences et celles des autres partenaires (Gagnier & Roy, 2013). Comme l'explique Mérini (s.d.), dans une logique partenariale, il s'agit d'élargir la représentation que chacun a de sa mission, tout en maintenant la spécificité de son propre rôle. Cela implique le développement de nouveaux savoirs, comme par exemple la conduite de réunions, la négociation et la communication. Cela inclut aussi des habiletés d'ordre psychosocial, comme l'écoute, la mutualisation, faire passer l'intérêt collectif avant le sien ou encore l'abandon de certains projets.

Relativement à ces écueils personnels, deux éléments apparaissent centraux dans les discours des interviewés : une reconnaissance claire du poids de la responsabilité médico-légale portée par les médecins, celle-ci légitimant leur rôle de garants de l'intervention ; ainsi qu'une forme de mise en doute des compétences des travailleurs sociaux à intégrer dans l'accompagnement les différentes



grilles de lecture ou perspectives discutées en réunion interdisciplinaires.

Les deux exemples déclinés ci-après illustrent bien ces éléments. Une éducatrice interviewée explique ainsi sa difficulté à tenir compte des perspectives d'accompagnement individualisées proposées par ses collègues psychologues, devant quotidiennement gérer un groupe important de résidents et parer à l'urgence sur le plan social. Pour elle, la multiplicité des rôles qu'elle joue n'est pas toujours simple à concilier. Un psychiatre interrogé dresse lui le constat que les travailleurs sociaux peinent à poursuivre plusieurs objectifs en même temps, tout en revendiquant régulièrement le manque d'effectifs socio-éducatifs. Selon lui, l'écueil serait d'ordre personnel, stipulant que le corps médical doit souvent gérer bien plus de situations dans un temps de travail beaucoup plus réduit. Si les interviewés s'accordent autour d'exemples de ce type, aucun d'entre eux ne fait par contre mention de la nature différente du travail, par exemple entre un accompagnement au quotidien en institution résidentielle et un travail sous forme de consultations, en ambulatoire.

Ainsi, la synthèse des propos recueillis par rapport aux écueils personnels illustre une certaine mise en doute des compétences des travailleurs sociaux à travailler avec la complexité et à l'inverse une forme de (sur)valorisation du rôle et des responsabilités endossés par les médecins. On peut donc se demander si cet écueil, au lieu d'être individuel, ne fait pas partie des écueils disciplinaires. Ainsi analysé, il expliquerait le manque de reconnaissance accordée à l'approche sociale par rapport à celle d'ordre médical. Un travail d'analyse de pratique, par exemple, pourrait réduire significativement les enjeux de pouvoir inhérents au travail en partenariat, soulignant ainsi la nécessité d'inclure et de légitimer toutes les approches disciplinaires en présence ; ces dernières étant solidement intriquées et la nature même du travail étant différente.

LES ÉCUEILS INSTITUTIONNELS OU STRUCTURELS

Ces entraves sont relatives au fonctionnement structurel des différents cadres institutionnels. Ainsi, l'importance des conditions comme le leadership, la formation des équipes, le ratio des professionnels des différentes disciplines en présence et la culture d'équipe sont à souligner dans l'optique d'une approche intégrative de l'intervention (Gagnier & Roy, 2013).

Le fait que le ratio des professionnels d'obédience médicale ou sociale ne soit pas équitable selon que les structures s'inscrivent dans une affiliation institutionnelle médicalisée ou socio-éducative a été régulièrement mentionné par les intervenants médico-sociaux interviewés. Il en résulte une forme de cloisonnement entre les approches proposées, chaque structure proposant une intervention plus spécifique sur l'un ou l'autre des pôles du modèle bio-psycho-social (Olivenstein, 1970; Hautefeuille, Valleur & Blaise, 2002; Morel & Couteron, 2008). Bien qu'un

important travail en réseau soit effectué entre les différentes structures, une représentation plus équitable des intervenants médico-sociaux dans l'organigramme des institutions – voir au sein des directions – favoriserait une collaboration d'ordre plus transdisciplinaire (Nicolescu, 1996), ainsi que la légitimité des différentes approches disciplinaires en présence dans le champ de l'addictologie.

Les témoignages recueillis laissent également entrevoir que les différentes structures socio-éducatives n'accordent pas suffisamment de temps et de financement aux intervenants sociaux pour qu'ils puissent se former de manière continue et développer des compétences en matière de modélisation de leurs pratiques. A contrario des médecins qui bénéficient souvent de pourcentages de travail établis pour faire de la recherche et de financements relatifs à la participation à des séminaires, les travailleurs sociaux bénéficient moins de cette opportunité, souvent cantonnés à l'accompagnement au quotidien. Ils peinent ainsi à développer leurs compétences en modélisation des pratiques et à consolider leur légitimité face aux partenaires médicaux ou auprès des décideurs politiques.

Si, dans une visée de rétablissement des conduites addictives, l'action sur le pôle social est reconnu comme étant aussi importante que celles sur les pôles biologique et psychologique, il est urgent d'offrir aux structures les moyens nécessaires à la légitimation de l'approche sociale. Le problème ne se situe toutefois pas qu'au niveau structurel, car il existe, en Suisse, une importante disparité dans le financement des prestations socio-éducatives par rapport aux prestations médicales. Celle-ci s'exprime aussi au niveau de la formation, puisque, depuis le début des années 2000, les structures socio-éducatives se sont vues contraintes de réduire le financement des formations continues pour répondre aux exigences de rentabilité, de responsabilisation et de performance qu'implique le modèle de nouvelle gestion publique (Rossini, Fahrni, Lambelet & Fischer, 2011; Moachon & Bonvin, 2013).

LES ÉCUEILS POLITIQUES

Ce type d'écueil est relatif au manque de coordination des politiques sociales, publiques ou de santé, ainsi que des interventions des institutions publiques et privées. Cette nécessaire mobilisation de tous les acteurs médico-sociaux se retrouve dans le Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS qui prône « (...) une approche globale et multisectorielle, moyennant une coordination des services entre le secteur social et le secteur de la santé et met l'accent sur la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et le rétablissement. » (OMS, 2013, p. 3). Ainsi, parer à ce type d'écueil impliquerait, au niveau politique, la reconnaissance de la légitimité des approches tant socio-éducatives/sanitaires que médicalisées, ainsi qu'un financement garanti pour chacune.

L'analyse du terrain vaudois démontre l'existence d'un dispositif varié au niveau des approches, des prestations médico-sociales offertes et des cadres de

soins représentés. Néanmoins, si en Suisse les prestations psychothérapeutiques et médicales sont remboursées par la LAmal, ce n'est pas le cas des prestations proposées en institutions socio-éducatives. Tributaire des choix politiques des cantons, des communes et du financement ou non des séjours résidentiels par les assurances sociales concernées, les montants alloués aux institutions socio-éducatives ou socio-sanitaires ont été fortement réduits ces quinze dernières années, entraînant par exemple la suppression d'une cinquantaine d'institutions résidentielles sur l'ensemble du territoire suisse.

S'ils n'entrent pas dans les détails du financement des prestations, les interviewés regrettent le manque de structures favorisant la participation sociale des usagers. Ils soutiennent l'idée du développement d'ateliers d'insertion/d'occupation à visée socialisante, situés au cœur de la cité et collaborant avec les entreprises privées ou publiques. Toutefois, dans le contexte néo-libéral actuel – où les subventionnements des services publics et des associations se voient réduits et l'implication des entreprises privées peu sollicitée – ces idées restent à l'état d'intention. Un travailleur social interviewé souligne la nécessité et la responsabilité de sa profession d'alerter les décideurs politiques sur le manque de participation sociale offert aux clients des structures des structures socio-éducatives/sanitaires, tout en regrettant que ceux-ci n'aient souvent ni les compétences ni les moyens à disposition pour le faire.

CONCLUSION

Si, aujourd'hui, dans le domaine de l'addictologie, le partenariat médico-social s'inscrit comme une évidence pour favoriser le rétablissement, réussir à réduire ou lever les écueils relatifs à l'intervention conjointe demande un soin particulier.

L'analyse des formes de partenariat exercées au sein de nos institutions, ainsi que des entraves à la logique d'action conjointe, nous concerne tous: chercheurs, enseignants, cliniciens, praticiens de terrain, responsables d'institution ou acteurs politiques. Garantir la participation sociale de chacun, but ultime du rétablissement dans le domaine de la santé mentale, ne pourra se faire qu'au prix d'une responsabilité partagée et d'une clairvoyance quant à nos pratiques en partenariat. Il s'agira – et c'est peut-être là que se situe la pierre angulaire de ce défi – d'être non seulement conscients de nos spécificités, compétences ou limites, mais aussi convaincus de notre expertise et de celles des autres disciplines engagées dans la prise en soin. Œuvrer dans la transdisciplinarité (Nicolescu, 1996) et visibiliser l'importance de cette action conjointe est sans nul doute l'opportunité de pouvoir faire fructifier ensemble un bien commun profitable à tous, celui d'une plus grande cohésion sociale.

Courriel: ann.tharin@eesp.ch

Références :

- Bonardi C., Roussiau N. (2001), *Les représentations sociales, Etat des lieux et perspectives*, Sprimont : Mardaga.
- Gagnier J.-P., Roy L. (2013), « Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 2013/1, n°50, 85-104.
- Hautefeuille M., Valleur M., Blaise M. (2002), « Vers une approche intégrée des conduites addictives », *Les cahiers de l'Actif*, n°310-311, 105-117.
- Mérini, C. (s.d.), « Enjeux et limites d'une formation au partenariat », *Laboratoire PAEDI JE 2432 « Processus d'Action des Enseignants Déterminants et Impacts »*, Clermont-Ferrand, IUFM, en ligne : <http://cercle.lu/download/parteneriats/EnjeuxformationParteneriats.pdf>
- Morel A., Couteron J.-P., (2008), *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Paris, Dunod
- Nicolescu B. (1996), *La Transdisciplinarité. Manifeste*, Paris, Editions du Rocher
- OMS (2010), « La santé mentale : renforcer notre action », Aide-mémoire n°220, septembre, Organisation Mondiale de la Santé, en ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/print.html>
- Rossini S., Farhni C., Lambelet C., Fischer, A. (2011), *Les conditions de formation continue dans les domaines de la santé et du travail social : parcours de formation continue et disparités de situations entre femmes et hommes dans les domaines de la santé et du travail social*, Lausanne – Neuchâtel, HES, Hes-so
- Tharin, A. (2015), *Complémentarité et articulation des approches médico-sociales dans le champ des addictions: analyse des pratiques de 9 intervenants du réseau vaudois et de leurs perceptions du rapport de partenariat*, Travail de mémoire effectué dans le cadre du Master of Advanced Studies en action et politiques sociales, Lausanne, Haute école de travail social et de la santé – EESP



ADDICTION | SUISSE

FORMATION POUR LES PROFESSIONNEL-LE-S



Le 15 novembre 2018 aura lieu à Berne la Plateforme nationale d'échange et de formation sur le thème des enfants de parents dépendants.

Le thème de cette édition sera :

*«Adultes enfants de parents
dépendants : appréhender leur vécu».*

Informations et inscriptions sur :

www.addictionsuisse.ch/enfants-dans-une-famille-dependante/

PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction

Corine Kibora, *Addiction Suisse*
Jean-Félix Savary, *GREA*

Comité de rédaction

Pierre-Yves Aubert
*directeur adjoint Service Santé
de la Jeunesse (DIP) Genève*

Barbara Broers
*médecin, Service de médecine de premier recours,
HUG, Genève*

Etienne Maffli
psychologue, Addiction Suisse, Lausanne

Jean-Christophe Mieville
*infirmier chef, adjoint à la direction des soins
du département de psychiatrie, CHUV, Lausanne*

Renaud Stachel
*resp. du secteur suivi et
accompagnement thérapeutique, FVA, Lausanne*

Ann Tharin,
maître d'enseignement, éesp, Lausanne

Frank Zobel
vice-directeur, Addiction Suisse

Administration et abonnements

Claude Saunier
Addiction Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85 - fax 021 321 20 40
csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

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

Les articles signés n'engagent que leur auteur.
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

SDJ-Design
Sabine de Jonckheere

Mise en page et lectorat

Sophie Laissue

ISSN 1422-3368

