

AVRIL 2020 - N° 67

DEPENDANCES

Le pari du rétablissement

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA



SOMMAIRE « LE PARI DU RÉTABLISSEMENT »



2

ÉDITORIAL

Jean-Félix Savary



3

RÉTABLISSEMENT ET DROITS HUMAINS

Barbara Zbinden



6

LA CONSOMMATION NON PROBLÉMATIQUE : UN CONCEPT POUR RESTAURER LE POUVOIR D'AGIR EN RÉSIDENTIEL

Jean-Julien Rappo et Nicolas Stock

10

COLLÈGE DE RÉTABLISSEMENT

Jean-Dominique Michel



13

INTERVIEW

de Graziella Golf et Thomas d'Hauteville

17

INCARNER LE RÉTABLISSEMENT : LES PAIRS PRATICIENS EN SANTÉ MENTALE

Caroline Suter



20

L'APPROCHE DU RÉTABLISSEMENT DANS L'AIDE AUX PERSONNES DÉPENDANTES

Mirjam Weber

24

COMPARER LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS SUR LE RÔLE DU CONTEXTE SOCIAL DANS LE PARCOURS DE RÉTABLISSEMENT

Tim Greacen et Antoine Simon



28

L'INTERVENTION PAR LES PAIRS AUPRÈS DES PARENTS QUI CONSOMMENT DES DROGUES : UNE APPROCHE NOVATRICE POUR SOUTENIR LES FAMILLES

Sarah Bell

32

POST SCRIPTUM

Olivier Simon, René Stamm, Robert Hämig, Willem Scholten, Cheryl Dickson et Valérie Junod

ÉDITORIAL



LE PARI DU RÉTABLISSEMENT

Le rétablissement acquiert aujourd'hui une place nouvelle. Voici plus de 15 ans, *Dépendances* posait déjà la question : le rétablissement, un nouveau modèle pour les addictions ? Depuis, le point d'interrogation a disparu et il s'impose à notre domaine. Issu des usagers de la psychiatrie, il s'éloigne d'une vision linéaire et mécanique du changement et redonne de l'espace à la personne. Mais si cette réflexion critique a aujourd'hui conquis le monde, force est de constater que les pratiques n'évoluent pas toutes à la même vitesse. Le rétablissement n'est pas une sorte de novlangue, qui permet de résoudre les problèmes en changeant le nom de ce que nous faisons. L'enjeu est trop important. Le rétablissement pose des exigences élevées aux professionnels et aux institutions. Les assurances sociales en Suisse fonctionnent à l'opposé de cette logique, comme bon nombre de processus de soins. Et pourtant. L'adoption du modèle du rétablissement nous oblige et ne pourra éviter de creuser en profondeur ces questions délicates. Les droits humains sont à ce prix, celui du partage du savoir, celui d'être bousculé dans ses convictions, celui du devoir de faire place à l'autre. Le monde regorge de

différences et les droits humains appellent à les prendre en compte, à les respecter, à accepter d'être dérangé par elles, à apprendre à les aimer plutôt qu'à les réduire.

La force du mouvement s'explique par la profondeur des changements qu'il demande au système d'aide et de soins. Concrètement, il appelle un nouveau rapport entre le soignant et le soigné. Ce dernier retrouve une marge de manœuvre par rapport au premier. Il restaure une capacité d'agir (*empowerment*) pour les personnes concernées, en mettant à distance le caractère parfois stigmatisant du diagnostic. Le soignant perd la magie de son pouvoir d'expert. Cela demande un effort considérable, qu'il serait vain de nier. Après des siècles de paternalisme sanitaire, l'assouplissement du système prend du temps. Les premiers mouvements du VIH/SIDA ont ouvert une brèche qui, depuis, ne se referme plus. La démocratie sanitaire a commencé et elle touche tous les secteurs. Le « patient » a fini d'attendre le jugement de l'autre. Il devient acteur et veut participer aux choix qui le concernent. Ainsi, le rétablissement renverse la table. L'expert, juge, médecin ou travailleur social ne peut plus se permettre de décider ce qui est bon pour autrui. Le rétablissement va au-delà du partenariat. Il met la personne au même niveau que le système de

soins. Son expertise, certes de nature différente, acquiert autant de légitimité que toutes expertises professionnelles, fût-ce les plus savantes. Le sensible et l'expérientiel retrouvent leurs lettres de noblesse, si possible en dehors de tout jugement. *Dépendances* vient ici se replonger dans les fondamentaux du rétablissement, avec plusieurs expériences qui incarnent ce courant de pensée et des éclairages plus conceptuels et historiques. Loin de tout discours d'autorité, nous espérons que ces contributions viendront nourrir cette révolution à laquelle nous assistons aujourd'hui, afin d'aller chercher tout le potentiel du *recovery*.

Jean-Félix Savary

RÉTABLISSEMENT ET DROITS HUMAINS

Barbara Zbinden (Haute école de travail social et de la santé Lausanne)

Le rétablissement se présente comme un nouveau paradigme dans les pratiques psychiatriques et psychosociales. La question que nous souhaitons aborder dans cet article est celle de la réinvention de concepts qui trouvent dans l'usage du mot rétablissement des différences d'interprétation selon la catégorie d'acteurs par lesquels il est formulé.

Replacé dans son ancrage sociohistorique, le rétablissement est en premier lieu porteur d'une histoire et d'idées qui font sens dans un processus global d'émancipation de personnes en souffrance psychique et qui se sont organisées en collectifs pour faire face ensemble aux incidences de certains enjeux de société et à leurs impacts dans des politiques sociosanitaires. Leurs revendications, relayées à l'occasion de la première *Mad Pride* organisée en Suisse en octobre 2019, suggèrent une probable filiation conceptuelle entre le rétablissement et les valeurs fondamentales de la démocratie. Si c'est le cas, on peut légitimement se demander comment devraient fonctionner les organisations qui s'instituent aujourd'hui officiellement comme des dispositifs dits de rétablissement.

SANTÉ MENTALE, CHACUN SON HISTOIRE

Nous sommes « tous barjos » et en matière de santé mentale « chacun a son histoire ». Que nous disent ces affirmations placées sous l'égide du slogan général « Soyons fous, soyons nous » et qui rassemblent divers acteurs sociaux autour d'une *Mad Pride* ? Il s'agit certainement de ne plus cacher la folie, de se rendre visible en tant que personne unique, d'exister et de s'exprimer librement. On peut y lire aussi une volonté de se réapproprier des définitions de la santé et de la maladie, une manière de réaffirmer dans l'espace public l'appartenance biologique au genre humain comme unique critère à satisfaire pour prétendre au respect des libertés et des droits fondamentaux. La mobilisation citoyenne servirait des stratégies identitaires qui se démarquent de l'idéologie dominante de l'individualisation et questionnent les rapports sociaux.

S'il se différencie de la notion de guérison et d'une perspective médico-centrée, le concept de rétablissement n'échappe pas au risque d'imputer à l'utilisateur ou à l'utilisatrice la responsabilité de la gestion de sa maladie et de son intégration sociale par des objectifs visant la suppression de symptômes cliniques. Il se pourrait donc qu'une conceptualisation qui a émergé dans le travail d'élaboration et de partage des récits de vie, pratiqué au sein des mouvements d'entraide, perde une dimension

essentielle de sa teneur, à savoir la possibilité de vivre une vie épanouie et digne malgré le trouble psychique. Celle-ci se construisant par l'éclosion d'un parcours singulier et dont le terreau repose sur les qualités d'un environnement éthique. Pionnière de la théorisation de ce concept dans la partie francophone du Canada, Mme Hélène Provencher précise que « (...) les personnes utilisatrices de services soulignent que toute démarche de rétablissement implique l'élargissement de son pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, l'élaboration et l'implantation de projets de vie basés sur l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales, et la promotion d'un état de bien-être et d'équilibre en harmonie avec ses forces et limites et celles de son environnement » [1].

L'espoir d'un projet de vie motivant et partagé avec d'autres tend à perdre son énergie mobilisatrice quand il est conditionné par la réussite d'un programme de réadaptation jalonné de limitations et d'objectifs de réussite. L'Assurance-invalidité, par exemple, tient peu compte du nécessaire équilibre entre engagement personnel et soutien extérieur. Des arguments à propos du manque de compliance ou du peu de motivation des bénéficiaires tendent à reléguer à l'arrière-plan des analyses faisant état des difficultés structurelles et/ou conjoncturelles du marché de l'emploi. L'espoir, fondamental dans le concept d'origine du rétablissement, n'est plus alors, ni une ressource personnelle, ni une ressource environnementale, mais une obligation, une exigence voulue par le législateur.

Le diagnostic médical permet de se situer par rapport à certaines difficultés et de prendre la mesure de paramètres biologiques et neurologiques ou de facteurs de risques qui échappent à la responsabilité individuelle. Il facilite aussi la reconnaissance d'un droit à des prestations ou à un statut d'ayant droit. Instrument de classification et de regroupement d'observations, l'outil diagnostique vise la formulation d'hypothèses servant à ordonner la réalité pour pouvoir la gérer d'une certaine manière. La vision transdisciplinaire du rétablissement s'appuie sur des dynamiques communautaires qui ajoutent à cette définition de la maladie une dimension sociale, soit celle des liens

entre certains troubles et des positionnements familiaux, économiques et culturels. Au-delà d'un système de catégorisations, s'y pensent les intrications entre souffrances psychiques, formation et partage des richesses, accès aux savoirs, à la citoyenneté et à l'égalité des droits. Comment conjuguer la prise en compte de la portée existentielle d'une maladie, la manière subjective dont celle-ci est perçue par l'individu avec l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire qui postule que les interactions du sujet avec le monde sont des expériences d'influences réciproques et que ces échanges sont constitutifs de toute histoire singulière ?

L'ENTRAÏDE, CREUSET DU RÉTABLISSEMENT

Le rejet d'une séparation entre le monde de la connaissance et celui du vécu est l'enjeu de ruptures épistémologiques qui ont fortement marqué la pensée scientifique de la fin du siècle dernier. La phénoménologie husserlienne renonce à une définition des objets rencontrés par des constructions théoriques préétablies. Une réunification des différentes manières dont le monde nous apparaît avec la compréhension et l'usage que nous en faisons s'opère dans une attention consciente à la réalité phénoménale et à la qualité de nos perceptions. Le « pragmatisme », courant philosophique de la même période, désigne l'expérience comme principe fondateur de l'être humain. Considéré intrinsèquement comme un être créateur, celui-ci transforme le monde et actualise ses connaissances par les relations qu'il entretient avec lui. Appliqué au domaine de la santé mentale, ce postulat rejoint le point de vue de Georges Canguilhem pour qui « La frontière entre le normal et le pathologique est imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement » [2]. Profondément liée à la vie, la santé est « un milieu où il y a des fuites, des trous, des dérobades et des résistances inattendues ». Tout individu est donc obligé de composer en permanence avec des contraintes internes et externes, ce qui fait de lui un sujet en mesure d'aborder l'existence en tant que « créateur de valeur, instaurateur de normes vitales. » La maladie n'est pas uniquement la perte d'un certain ordre, elle est aussi l'apparition d'un nouvel ordre et le rétablissement se comprend non pas comme le retour à un état antérieur, mais comme une redéfinition des valeurs provoquée par la rupture d'habitudes même physiologiques.

Empreint d'une vision dynamique de la santé, le « vale » latin souhaite à l'autre un « porte-toi bien », qui se comprend comme l'art de se mouvoir dans l'incertain et le non maîtrisable. Un art, qui s'exerce et se peaufine tout au long de la vie et qui trouve dans l'entraide un espace privilégié, un lieu d'identification, de valorisa-

tion, de mutualisation et de mobilisation de nouveaux savoirs. L'expérience d'un trouble psychique, les traitements qu'il implique, ainsi que leurs incidences dans une vie personnelle et sociale peuvent y être appréhendés comme des objets de recherche et de développement. Les associations d'entraide délivrent des statistiques, organisent des données à partir de leurs propres enquêtes. Elles font progresser les soins et les prises en charges financières, questionnent les représentations sociales et stimulent la recherche. Issu de ce creuset, le rétablissement transcende le sentiment d'efficacité personnelle. Il interroge les croisements et la distribution des pouvoirs, le partage des ressources et des territoires. Au nom d'une supposée nouveauté des pratiques et des analyses, on ne devrait pas perdre de vue sa filiation commune avec l'*empowerment*, concept propre aux mouvements sociaux des années soixante et qui s'avère « indissociable d'une analyse de la transformation des liens social et politique en même temps qu'il alimente un débat plus général sur la démocratie et la citoyenneté » [3]. Dans cette perspective, le rétablissement n'esquive pas la question du rôle des institutions médicosociales dans la périlleuse équation entre l'État et l'individu comme sujet politique et social.

Le rétablissement se comprend non pas comme le retour à un état antérieur, mais comme une redéfinition des valeurs provoquée par la rupture d'habitudes.

LA DIVERSITÉ COMME PLAIDOYER POUR LA DÉMOCRATIE

Parce qu'elle « repose sur la force et l'autonomie du système politique dans lequel sont représentés, défendus et négociés, les intérêts et les demandes du plus grand nombre possible d'acteurs sociaux » [4], la démocratie a besoin d'une pluralité de groupe d'intérêts identitaires ou territoriaux. Touraine nous rappelle toutefois qu'il est indispensable que ces appartenances « ne soient pas absorbées par l'affirmation et la défense de leur identité » et se rallient à l'objectif d'une émancipation individuelle à négocier en permanence au cœur de la solidarité. Par ailleurs, en circonscrivant une identité communautaire dite vulnérable, on risque de l'isoler, voire de la réifier, alors que l'intention première consiste à la faire exister dans la multiplicité sociale. Il s'agit de sensibiliser à la réalité des troubles de la santé et en même temps de veiller à ce que la maladie ne constitue pas l'intégralité d'une identité personnelle. Nous sommes « des personnes comme les autres » et nous « défilons pour la diversité ».

Au cœur du rétablissement se déploie un mouvement au sein duquel la tension des opposés réfute toute forme d'idéologie passiviste fondée sur l'illusion d'une harmonie réglée par la force homogénéisante et juridique de l'État. S'opposer ou consentir à ce pouvoir constitue le droit le plus élémentaire de tout peuple libre, la pierre d'angle d'une démocratie. « Au cœur de ma révolte dormait un consentement » découvre l'homme révolté de Camus [5], qui ne veut ni se résigner, ni capituler devant l'absurdité humaine. Un être humain qui sait et peut dire non est



un être humain qui refuse une révolte dans le vide, qui dit oui au besoin de ne pas devenir fou, oui à la fabrique du commun et au point de rencontre entre différentes volontés.

L'essence d'un individu libre s'exprime dans l'exercice du dialogue et de la négociation. La tendance néolibérale n'a que faire des espaces réflexifs que constituent des dispositifs dévolus à l'échange et à la parole partagée. Sa déferlante imprègne les structures médicosociales et leurs fonctionnements avec des logiques de rationalité, d'efficacité, d'influence et de financement. Mais, entre usagères de la psychiatrie et intervenantes sociales s'y tissent aussi des liens sociaux qui rendent certaines institutions plus saines. Des institutions, dans lesquelles il ne s'agit pas de placer ou de mettre hors d'état de nuire quelqu'un, mais de penser et de construire avec lui des manières d'habiter le monde, de dérouler des histoires, d'y vivre avec les autres, de donner du sens. En se considérant réciproquement comme partenaires de création, ces acteurs s'efforcent de rétablir un équilibre entre la protection et les intérêts de l'ordre public et celle des

individus. Ils poursuivent des objectifs éthiques au sens où l'entend Paul Ricoeur, qui appelle « visée éthique la visée d'une vie accomplie, avec et pour les autres, dans le cadre d'institutions justes » [6].

L'ouverture, la souplesse et la variété d'un tissu relationnel gagnent en qualité dans l'écoute et dans l'acceptation de points de vue inédits et différents. Le long et continu apprentissage du bien-vivre ensemble à l'école, en entreprise, dans les loisirs, en politique, etc. a besoin de la voix des personnes qui ont vécu l'expérience de la marginalité et/ou de l'exclusion. « J'appelle société conviviale une société où l'outil moderne est au service de la personne intégrée à la collectivité, et non au service d'un corps de spécialistes. Conviviale est la société où l'homme contrôle l'outil » [7].

Contact : barbara.zbinden@eesp.ch

Bibliographie

- [1] Provencher H. L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec* 2002 ; 27 (1) : 35-64.
- [2] Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : Quadrige PUF, 2013.
- [3] Jouve B. L'empowerment entre mythe et réalités, entre espoir et désenchantement. *Géographie, économie, société* 2006 ; 8 : 5-15.

- [4] Touraine A. *Qu'est-ce que la démocratie ?* Paris : Fayard, 1994.
- [5] Camus A. *L'homme révolté*. Paris : Gallimard, 1985.
- [6] Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1995.
- [7] Illich I. *La convivialité*. Paris : Points, 2014.

LA CONSOMMATION NON PROBLÉMATIQUE : UN CONCEPT POUR RESTAURER LE POUVOIR D'AGIR EN RÉSIDENTIEL

Jean-Julien Rappo et Nicolas Stock (« Toulourenc », Association Argos)

Au Toulourenc, l'association Argos a récemment introduit un nouveau modèle en résidentiel de consommation non problématique. Issu de profondes réflexions de fond, il se base désormais sur une dialectique réelle entre usagers, professionnels et environnement social. Il se propose de restaurer le pouvoir d'agir de toutes les parties prenantes par un travail réflexif de tous. Ces promoteurs nous le décrivent ici pour Dépendances. (réd.)



« Je ne pense pas qu'arrêter le produit amène forcément le bonheur. On peut être très heureux en stabilisant sa consommation et horriblement malheureux en étant abstinent ».

Hervé Durnat (ancien directeur, Argos)

Le vieillissement des personnes confrontées à des problèmes de dépendance, la chronicité des situations, l'accroissement de la précarité bio-psycho-sociale et l'augmentation des comorbidités nous ont amenés à redéfinir nos missions et la déclinaison de nos prestations avec la nécessité de penser une structure institutionnelle stationnaire comme un lieu d'insertion et d'appartenance sociale. Sur le site du *Toulourenc*, un des deux centres d'habitation de l'association Argos¹, nous avons travaillé dès 2017 à l'élaboration d'un nouveau dispositif d'accompagnement destiné à des séjours sans durée limitée, sur le modèle de l'hébergement protégé, avec pour objectif principal la stabilisation et l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies sur le plan bio-psycho-social. Pour reprendre les propos de Marc-Henry Soulet [1]: « L'intégration ne sera plus un idéal, un but à atteindre, mais une place relative où les personnes pourront trouver un degré d'autonomie et des conditions pas trop mauvaises d'existence ».

Dans cette logique, il nous a semblé nécessaire de pouvoir penser l'intégration de la consommation dans le dispositif d'accompagnement. Nous avons rapidement pris le parti d'écarter la notion de consommation contrôlée. En effet, dans le paradigme de la consommation contrôlée, la question est de savoir qui a le contrôle sur la consommation. Dans notre expérience d'accompagnement, la capacité à gérer son abstinence ou sa consommation fait davantage appel à des ressources extrinsèques, essentiellement liées au cadre institutionnel, plus qu'à la capacité de la personne accompagnée à développer des compétences intrinsèques. Il nous a donc semblé préférable de travailler la modélisation et le développement d'un concept d'intervention, nous permettant de penser l'intégration de la consommation dans notre dispositif.

UN MODÈLE TRIPARTITE

À partir de ce constat, nous avons fait le choix de développer un concept d'intervention à partir de deux termes : la consommation non problématique et raisonnée.

Une définition fine et individualisée de ce qui est problématique permet un regard sur la consommation non problématique. Dans cette approche, la question posée est de savoir qui définit le problème ? Nous sommes partis sur la nécessité d'élaborer une relation tripartite dans la

définition du problème. Il s'agit ici de conjuguer les critères du bénéficiaire (ce que je me dis de moi-même ?), les critères externes (ce que les autres disent de moi ?), et les critères institutionnels (mode de vie en milieu institutionnel). C'est donc l'ensemble de ces critères qui permet une définition collective du problème, des ressources et donc des actions à entreprendre. Cette codéfinition garantit une réponse personnalisée et favorise la collaboration entre les différents partenaires.

Par ailleurs, la consommation non problématique se définit de manière globale comme une consommation ne détériorant pas l'équilibre bio-psycho-social de la personne. Il s'agit pour les professionnels d'accompagner les individus dans l'apprentissage d'une gestion de leur consommation afin qu'ils puissent stabiliser ou améliorer leur qualité de vie. Les critères s'inscrivent dans une vision complexe et multifactorielle de la santé d'une personne. En voici quelques exemples : la stabilisation des pathologies existantes, le maintien des soins, la diminution des prises de risques sanitaires, l'absence de dépendance ou d'abus de substances, une capacité à rester en contact avec la réalité, le maintien du lien social et le non-isolement.

Cette démarche propose à la personne accompagnée de construire une dialectique entre sa consommation et son rapport au monde et à l'autre. Il s'agit de faire exister une dimension normative, par la confrontation aux normes et conventions sociales, qui régissent la possibilité de vivre ensemble dans un espace collectif, tenant compte des particularités individuelles et singulières, dans le respect et l'attention à l'autre. Nous proposons donc aux personnes accueillies, de confronter leurs consommations à la question de leurs identités citoyennes dans une réflexion portée sur le vivre ensemble et leur appartenance sociétale. Cela implique d'incarner, pour les professionnels, une posture faisant exister la norme sans pour autant en faire la promotion. Cet accompagnement réflexif propose à la personne accompagnée de se positionner dans une démarche active et conscientisée autour de sa consommation, et de sortir d'une dimension projective qui voudrait que la société soit le seul vecteur de marginalisation. Il s'agit de sortir d'une logique de victimisation pour restaurer progressivement une posture d'acteur en capacité d'agir dans le monde social. Ce processus passe par le renforcement de l'estime de soi, des habiletés sociales et la régulation de la consommation.

La question qui est posée est de définir des comportements et des modes relationnels en adéquation avec une vie en collectivité. Dans cette logique, il n'est pas possible de prédéfinir des critères définissant une consommation problématique. Il est préférable de définir des limites autour de comportements problématiques en lien avec la consommation.

Le terme de consommation raisonnée s'entend non pas dans une définition raisonnable, qui sous-tendrait une

1. Argos agit dans le cadre de la politique fédérale et cantonale des quatre piliers. Elle a pour but la création et la gestion de dispositifs destinés à répondre de manière ciblée aux besoins des personnes confrontées à la problématique de l'addiction et à ses multiples conséquences bio-psycho-sociales.

dimension morale, mais comme la capacité à porter un regard, une réflexion sur sa consommation. Nous sommes convaincus que ce raisonnement est essentiel à une meilleure compréhension de soi et donc à un équilibre de vie satisfaisant. Le développement de la capacité de réflexion se trouve, de fait, à la base de notre action. Le processus réflexif permet à la personne de développer sa capacité à explorer les causes plurifactorielles de sa consommation, d'acquérir les connaissances sur les risques et les conséquences de celle-ci dans une logique de reconstruction du pouvoir d'agir.

Cette approche permet de faire exister les compétences sociales des personnes accompagnées, leurs besoins, leurs envies, mais également la réalité externe avec les conventions et les normes sociales. Ceci permet donc de décliner l'accompagnement (durées de séjours variables, insertion professionnelle classique ou adaptée, insertion sociale variée) et les lieux de vie (résidentiel, semi-résidentiel, appartement protégé ou relai). L'objectif est de permettre à la personne accompagnée de trouver un équilibre bio-psycho-social satisfaisant pour elle-même et son environnement, quel que soit le lieu où elle se trouve et quel que soit son projet de vie.

ABSTINENCE ET CONSOMMATION, QUELLE COHABITATION ?

Dans notre dispositif d'accompagnement, nous avons pris le parti d'accueillir à la fois des personnes désireuses de s'inscrire dans la logique d'une « consommation-non problématique », mais également de permettre à celles qui le souhaitent de s'inscrire dans un projet d'abstinence dans un contexte dans lequel la consommation est présente. Nous faisons le constat que les personnes que nous accueillons s'inscrivent généralement dans un projet d'abstinence par rapport au produit avec lequel ils entretiennent une relation de dépendance. Les individus se retrouvent alors dans une dynamique autour de la relation consommation – abstinence. Le partage expérientiel, autour de la consommation ou de la non-consommation dans le groupe de pairs, permet un travail d'exposition qui fait exister le regard de la personne qui a consommé face à la personne abstinent et vice versa. Cette dynamique s'inscrit également dans une dialectique entre les personnes accompagnées et les professionnels.

L'espace collectif du résidentiel est donc pensé comme un lieu de socialisation et d'insertion, dans une dynamique citoyenne de réhabilitation des savoir-faire sociaux, en proposant une vie en collectivité et une prise en charge individualisée. Cela implique pour chaque individu un contrôle de sa consommation qui demande à être conjugée avec les exigences du vivre ensemble. Avec le soutien des professionnels, le groupe de pairs contribue activement à la régulation des conduites individuelles.

Si le programme d'accompagnement intègre la consommation, la détention et la consommation de produits restent proscrites à l'intérieur de l'institution. L'enjeu est de concevoir un lieu de vie protégé, distancié de la réalité de la rue. Il s'agit également d'assurer l'intégration de notre structure dans son environnement proche. Les personnes accompagnées sont donc encouragées à entrer dans une démarche de réduction des risques en utilisant les prestations de notre partenaire, l'association Première ligne, par l'intermédiaire de son espace d'accueil et de consommation supervisée, le Quai 9.

DEUX ANS APRÈS L'APPLICATION DE CE PROGRAMME, QUELS CONSTATS ?

Nous sommes officiellement entrés dans ce nouveau paradigme, le 1er janvier 2018. Deux ans après sa mise en place, nous constatons une cohérence accrue entre nos prestations et la réalité du public accueilli.

Tout d'abord, la plupart des bénéficiaires maintiennent une abstinence vis-à-vis des produits avec lesquels ils entretenaient une relation de dépendance. Ensuite, la relation à la consommation est davantage partagée avec

les professionnels avec une parole libérée d'un regard moralisateur. De manière générale, les personnes accompagnées se sont engagées activement dans le projet, engagement indispensable à sa légitimation. Le nouveau programme permet également un accès facilité au dispositif genevois de réduction des risques ainsi qu'un partenariat renforcé avec le service d'addictologie des HUG et son programme spécialisé dans le traitement assisté par la diacétylmorphine (PEPS). Par ailleurs, la

mise en mouvement des individus est devenue un enjeu majeur avec l'observation d'une dynamique croissante d'amotivation chez nos bénéficiaires. Dans notre pratique d'accompagnement, la régulation du rythme de vie est définie par le cadre institutionnel avec l'exigence de se lever le matin et de participer aux temps de repas ainsi qu'à l'intendance du lieu de vie.

Dans l'accompagnement à une consommation non problématique, nous faisons état d'une augmentation significative de la consommation de THC, principalement utilisé comme substitut à d'autres produits avec parfois un transfert dans la relation de dépendance. Enfin, les personnes qui présentent une dépendance à l'alcool sont celles qui montrent le plus de difficultés à conjuguer la gestion de leur consommation avec les exigences du « vivre ensemble ».

À ce jour, les enjeux restent importants. Ils nous poussent à maintenir une réflexion sur l'intégration, dans la cité, des personnes confrontées à des problèmes de dépendance. Le processus de rétablissement doit prendre en compte

La mise en mouvement des individus est devenue un enjeu majeur avec l'observation d'une dynamique croissante d'amotivation chez nos bénéficiaires.

un contexte social et économique qui continue à se durcir. Cette réalité amène les professionnels du *Toulourenc* à interroger les perspectives d'insertion auprès d'un public dont les conditions de vie bio-psycho-sociale continuent à se dégrader. Il est important de continuer à accompagner les personnes qui s'adressent à nous, dans une logique citoyenne d'autonomisation et de renforcement de leurs capacités à agir. Les dispositifs d'insertion doivent s'interroger sur leurs capacités et la nécessité de développer des prestations ciblées, tenant compte de la réalité interne et externe des personnes accompagnées.

Ce nouveau paradigme nous place, dès lors, dans une nécessaire évolution et redéfinition de nos pratiques professionnelles davantage tournées vers un accompagnement palliatif que dans une dimension thérapeutique à visée transformatrice. Dans cette perspective, il s'agit « d'accompagner pour aider à tenir et non pour aider à changer » [2].

Contacts : jean-julien.rappo@argos.ch
nicolas.stock@argos.ch

**Cher-e-s professionnels-les,
Cher-e-s partenaires,
Cher-e-s lectrices et lecteurs du Dépendances,**

Face à la pandémie du COVID-19 qui frappe brutalement les structures socio-sanitaires, dont celles qui s'occupent des addictions, le GREA et Addiction Suisse veulent délivrer ici un message de réconfort et de soutien.

S'il faut donner un sens à cette pandémie, c'est celui du partage et de la solidarité. Nous sommes plus que jamais à vos côtés, vous qui mettez tout en œuvre pour continuer à accueillir et accompagner les populations précaires dans les meilleures conditions possibles en dépit de circonstances souvent difficiles. Sachez que les contacts se multiplient pour faire remonter vos besoins vers les décideurs. Un document commun, « Addictions et COVID-19 : pistes d'action proposées par les professionnels », a été rédigé dans ce sens avec différents partenaires. Nous écoutons aussi les alertes provenant du réseau, nous cherchons à stimuler les synergies, nous communiquons et nous travaillons à créer de nouvelles formes de travail pour pallier les conséquences du confinement et soulager les services, tout en protégeant la santé des professionnels et des usagers. C'est cela la priorité absolue.

Cette situation inédite constitue une épreuve de chaque instant pour toutes celles et tous ceux qui ont choisi d'aider les plus vulnérables. Le plus grand défi sera certainement celui de devoir gérer l'inconnu ces prochaines semaines. Nous sommes en contact et motivés pour vous aider à l'affronter.

Merci et courage à vous toutes et tous.



Pistes d'action et ressources COVID-19 sur www.addictionsuisse.ch ou www.grea.ch

Bibliographie

[1] Soulet M H. La reconnaissance du travail social palliatif. *Dépendances* 2007; 33: 14-18.

[2] Soulet M H. La reconnaissance du travail social palliatif. *Dépendances* 2007; 33: 14-18.

COLLÈGE DE RÉTABLISSEMENT

Jean-Dominique Michel (Pro Mente Sana)

Un Collège de rétablissement est un organisme de (trans-)formation pour toute personne s'intéressant à la santé mentale. Ses cours proposent de revenir au cœur de l'être humain et de s'intéresser à son parcours pour trouver des pistes d'amélioration. Fort de son expérience, le rédacteur nous emmène ici aux débuts du Collège de rétablissement en Suisse et lève le voile sur le processus de construction de la formation. (réd.)

Le rétablissement (recovery), en tant que concept et mouvement en santé mentale, est apparu à la fin des années 1990. A cette époque, des personnes concernées prennent la parole pour affirmer l'importance de s'intéresser au processus intérieur permettant à une personne en souffrance de se construire à travers et avec sa maladie¹.

Étonnamment, cette dimension était restée jusqu'alors négligée et sous-explorée. On trouvait dans la littérature médicale une abondance de descriptions des maladies, d'explications plus ou moins fantaisistes de leurs causes ainsi qu'une pléthore de recommandations quant aux traitements à appliquer. Mais ce processus intérieur, ce déclic faisant qu'une personne à un moment donné parvient à prendre appui sur une proposition thérapeutique ou connaître un processus d'amélioration semblait en fait n'intéresser personne.

Ce sont des personnes concernées qui les premières ont levé un voile sur les processus de rétablissement. Une fois suffisamment rétablies, elles se sont formées dans différents domaines reconnus comme la médecine, la psychologie, les soins infirmiers, la sociologie ou l'anthropologie. Cette identité professionnelle leur a alors permis de prendre la parole publiquement et d'attirer l'attention de l'univers soignant sur l'importance de ces processus. Et sur la manière dont l'offre de soins (et en particulier la relation soignant-soigné) était soutenante ou au contraire endommageante de la santé des personnes concernées.

J'ai souvenir, alors jeune secrétaire général de l'association romande Pro Mente Sana, d'avoir vu apparaître les premières recherches en français sur le rétablissement, en provenance du Québec. Nous nous sommes évidemment empressés de les faire connaître.

MAINSTREAM!

Quinze ans plus tard, le rétablissement s'impose comme le paradigme désormais fondamental des politiques de santé mentale et des dispositifs de soins. Les hôpitaux psychiatriques s'en réclament, les politiques publiques disent s'en inspirer et tout le monde est d'accord sur l'importance de s'intéresser prioritairement au devenir des

personnes, à leurs histoires de vie, en veillant à toujours garder à l'esprit leurs ressources, leurs compétences ainsi que leur potentiel d'amélioration.

Lorsqu'un concept sort de la marginalité pour s'imposer dans les pratiques sociales, il y a évidemment lieu de s'en réjouir mais également de garder un certain scepticisme. Il est facile de clamer que l'on veut remettre l'humain ou le patient-usager au centre et de se réclamer d'une démarche de rétablissement. Il est toutefois plus compliqué de se départir des conditionnements et visions du monde dans lesquels on s'est formé et qui relèvent de tout sauf de ce registre.

APPARITION DES COLLÈGES

Les premiers Collèges de rétablissement sont apparus une dizaine d'années seulement après la percée des pionniers du rétablissement. Ils ont été mis sur pied par des personnes qui avaient elles-mêmes connu une amélioration importante au sein de groupes d'entraides, et qui ont vu l'intérêt de pouvoir proposer des formations autour de certains thèmes pour partager et transmettre des pouvoirs d'agir pragmatiques et concrets en santé mentale.

Un Collège de rétablissement est donc un organisme de formation qui propose une offre de cours spécifiques. Il se distingue d'autres approches comme la psychoéducation ou la réhabilitation par un ensemble de caractéristiques. La principale d'entre elle est que les cours sont construits sur la base de l'expertise conjointe de professionnels formés à traiter ou accompagner des personnes en souffrance psychique et de personnes ayant elle-même connu ces difficultés et trouvé un chemin de rétablissement.

Les deux ordres de savoir ou d'expertise y sont considérés à pied d'égalité, chacun apportant quelque chose de spécifiquement utile et que l'autre n'apporte pas. Ce dispositif permet donc d'échapper au côté inégalitaire de la relation soignante habituelle, avec un professionnel qui est censé savoir et aller à peu près bien face à un patient identifié comme ignorant et en souffrance. On reconnaît ici qu'il y a un savoir, expertise et vécu de part et d'autre.

1. Citons comme figures de proue Bill Anthony, Patricia Deegan ou encore Luc Vigneault.

Nous allons maintenant détailler le processus par lequel s'élabore une offre au sein des Collèges de rétablissement. Cette description mettra en lumière les autres spécificités de ce modèle et du paradigme sur lequel il repose.

PROCESSUS

1. Récolte des besoins

La première étape est de réunir des personnes fréquentant ces lieux et de s'enquérir des formations qu'elles souhaiteraient recevoir. La question posée est : « *Quels seraient les formations que vous aimeriez suivre qui puissent vous être rapidement utiles dans votre vie de tous les jours ?* » Cette étape est incontournable entre autres pour nous guérir, en tant que professionnels, de cette tendance à savoir à la place des autres ce dont ils auraient besoin.

Dès que ces séances de récolte des besoins ont été annoncées, plusieurs professionnels nous ont demandé s'ils pouvaient « assister » à ces séances. Nous leur avons répondu que non, mais qu'ils pouvaient volontiers y participer. C'est-à-dire venir réfléchir à leurs propres besoins de formation et d'évolution. Comme nous aimons à le dire, nous avons tous une santé mentale et les soignants, les proches, les citoyens intéressés sont aussi concernés, directement ou indirectement, par les thèmes de cours.

Ceux qui reviennent le plus souvent relèvent de trois grandes catégories différentes : la première relève de la défense de la dignité et des droits, ce que l'on appelle aujourd'hui *advocacy*. La discrimination et la stigmatisation restent des réalités courantes. Les cours peuvent par exemple porter sur « *Comment me faire respecter par des professionnels qui me prennent de haut ?* », « *Comment négocier ma médication avec mon médecin ?* » ou « *Comment s'y retrouver dans la jungle des assurances sociales ?* ». On trouve également des cours sur les directives anticipées, les procédures de protection de l'adulte, ou le travail avec les institutions et autorités pour faire valoir la parole des personnes concernées.

La deuxième grande catégorie de demandes porte sur les troubles psychiques, et en particulier les maladies ou les conséquences des maladies. Nous veillons au sein du Collège à cultiver une posture qui soit intègre, honnête et nuancée. Les cours peuvent par exemple porter sur des pathologies comme les troubles de la personnalité ou les troubles bipolaires. Nous donnons alors les définitions en usage en psychiatrie, en mentionnant leurs avantages et inconvénients et sans les présenter comme des vérités absolues.

Nous avons ainsi suivi un cours d'une journée consacré aux troubles de la personnalité dans un Collège de rétablissement de Londres. Les animateurs ont souligné

d'emblée que le diagnostic est en lui-même problématique, puisqu'il dit à une personne que c'est sa personnalité qui n'est pas comme il faudrait ! La psychiatrie reste imprégnée d'un paradigme du dommage et de la réparation : les pathologies sont vues comme des déficiences, quelque chose à éliminer pour « réparer » une personne et la rendre fonctionnelle. L'expérience du rétablissement s'intéresse plutôt à ce qui lui est arrivé et à ce dont elle aurait besoin pour aller mieux.

La troisième catégorie de cours porte sur des compétences de vie tenant à la nature humaine, comme les émotions (les comprendre, les vivre, les explorer par exemple dans un atelier de théâtre), la gestion des pensées, l'estime de soi, etc.

2. Co-construire les contenus et co-animer les cours

Une fois un ensemble de thèmes retenus, la seconde étape est de construire des cours, qui sont toujours brefs (de deux heures à quelques demi-journées au plus). L'idée de la co-construction est de réunir un certain nombre de points de vue et savoirs pertinent sur chaque sujet. Nous sollicitons donc l'apport de différentes personnes concernées, de différents courants de pensée ou écoles thérapeutiques, sans oublier bien sûr le savoir et l'expérience des proches.

“The relevant question in psychiatry shouldn't be... What's wrong with you? It should be... What happened to you?”

Eleanor Longden

Une fois ce contenu de cours créé, des co-animateurs sont choisis pour chaque cours, toujours dispensés en binôme par un professionnel (médecin, infirmier, travailleur social, psychologue ou autre) et un pair-formateur ayant une expérience directe de la question abordée. L'idée étant de combiner les savoirs (celui du spécialiste et celui issu du vécu) et les expériences (le professionnel a aussi un vécu en lien avec le thème abordé), ce qui nécessite de sortir de la répartition habituelle où la personne concernée témoigne et le professionnel explique. Ici, les deux témoignent et les deux apportent des éléments de compréhension.

3. Donner et évaluer les cours

Les cours sont ouverts à toute personne intéressée, gratuitement, sur inscription. Nul n'a à révéler à quel titre il participe au cours ou quel est son statut. Les participants se voient remettre une étiquette autocollante avec leur prénom à coller sur leur vêtement. Cette règle génère un effet amusant puisqu'il est bien sûr impossible de dire qui est qui. Des personnes concernées ou des proches sont pris pour des professionnels, des professionnels pris pour des malades ou des proches, et cette incertitude quant à l'identité des uns et des autres fait du bien en soi.

Chaque cours démarre par un accord de groupe qui définit les conditions requises pour un bon déroulement du cours (écoute, respect, tolérance, égalité dans les temps de parole, etc.)

À l'issue de chaque cours, une évaluation est faite auprès des participants, mais aussi au sein du binôme de formateurs.

COLLÈGE DE RÉTABLISSMENT EN SUISSE

L'association romande Pro Mente Sana (PMS) est fière et heureuse de conduire la première expérience de Collège de rétablissement dans notre pays. Notre expertise en matière de rétablissement, ainsi que le travail mené en synergie avec la Fondation suisse PMS pour la formation des pairs-praticiens en santé mentale nous permettent de bien comprendre les enjeux de ce projet.

Genève dispose de fondations et de fonds visant à soutenir des projets novateurs. Notre crédibilité institutionnelle en tant qu'association romande Pro Mente Sana a rendu possible le fait d'obtenir des crédits confortables auprès d'une fondation privée et de l'organe de répartition genevois de la Loterie romande, nous donnant les moyens de conduire une expérience pilote sur trois ans.

Nous nous sommes alors adressés à la trentaine de pairs praticiens formés dans le cadre de notre collaboration avec la haute école pédagogiques EESP de Lausanne, la Coraasp (faitière des associations privées romandes en santé psychique) et l'association Re-pairs.

Le management de projet est en lui-même très imprégné de la philosophie du rétablissement : tout en veillant à définir des processus clairs et rigoureux, nous cherchons à garder chaque étape et élément du dispositif aussi simple que possible. En tablant sur l'intelligence collective et le consensus plutôt que la hiérarchie.

Nous avons choisi de démarrer nos programmes par une collaboration avec quatre organisations allant d'une association animant un centre de jour en pleine ville (Parole) jusqu'au département de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires, en passant par la fondation Trajets et les EPI, établissements publics pour l'intégration. De sorte à

expérimenter d'emblée la proposition dans des contextes institutionnels et avec des publics différents.

Les premiers cours-test ont eu lieu au cours de l'été 2019. Cette première phase a été suivie d'un programme d'automne plus fourni. Entre les deux, c'est 22 cours qui auront pu être donnés en l'espace de six mois dans trois lieux différents. Les premières réactions – et les premières évaluations des participants – sont enthousiastes. Le taux de satisfaction dépasse les 95 % d'avis favorables, avec une vive appréciation quant à la qualité des contenus et de l'animation, mais aussi de la bienveillance de l'intention et l'état d'esprit mis en œuvre.

Nous espérons vivement que cette expérience genevoise fasse référence. Nous sommes convaincus que les Collèges de rétablissement constituent une réponse particulièrement économique et pertinente aux problèmes de santé psychique. L'intérêt manifesté par le GREA et le domaine des addictions est prometteur de possibles développements vers une population souvent négligée dans ses capacités d'empowerment !

À l'heure où les coûts de la santé explosent, et/ou les réponses soignantes deviennent de plus en plus courtes et techniques, les personnes en souffrance ont besoin d'avoir accès à des dispositifs différents et de vivre des expériences qui soient fondatrices de leur rétablissement.

Un Collège de rétablissement est un espace où nous apprenons les uns des autres, les uns avec les autres, d'une manière où les participants se font mutuellement du bien en partageant des ressources et du pouvoir d'agir. Dans l'aventure concrète que constitue le développement d'un Collège de rétablissement, ces processus sont vécus avec humilité, bonne volonté, sincérité et une forme naturelle de solidarité. De très bons médicaments à coup sûr pour nos maladies humaines, qui que nous soyons...

Contact : jean-dominique.michel@promentesana.org

Références

Association romande Pro Mente Sana, Lettre trimestrielle n° 25, <https://www.promentesana.org/lettre-trimestrielle-n25-septembre-2004/> (2004 : 17, mars, 2020).

Meddings S, McGregor J, Roeg W & Shepherd G. Recovery colleges: quality and outcomes. *Mental Health and Social Inclusion* 2015; 19 : 212 – 221.

Anfossi A, The current state of Recovery Colleges in the UK, <http://imroc.org/wp-content/uploads/2019/08/The-current-state-of-Recovery-Colleges-in-the-UK1-1.pdf> (2017 : 17, mars, 2020)

Crowther A, Taylor A & Toney R. The impact of recovery colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2019; 28 : 481-488.

Gill K. *Recovery Colleges, co-production in action: the value of lived experience in 'learning and growth for mental health'*. *Health Issues* 2014; 113 : 10–14.

McGregor J, Repper J & Brown H. 'The college is so different from anything I have done'. A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 2014; 9 : 3–15.

Newman-Taylor K, Stone N, Valentine P, Hooks Z & Sault K. The recovery college: a unique service approach and qualitative evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2016; 39 : 187-190.

Perkins R & Repper J. When is a 'recovery college' not a 'recovery college'?. *Mental Health and Social Inclusion* 2017; 21 : 65–72.

Perkins R, Meddings S, Williams S & Repper J, *Recovery Colleges 10 Years On*, <https://yavee1czwq2ianky1a2ws010-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/03/ImROC-Recovery-Colleges-10-Years-On.pdf> (2018 : 17, mars, 2020).

Sommer J, Gill K & Stein-Parbury J. Walking side-by-side: Recovery Colleges revolutionizing mental health care. *Mental Health and Social Inclusion* 2018; 22 : 18–26.

Toney R, Knight J, Hamill K, Taylor A, Henderson C, Crowther A, Meddings S, Barbic S, Jennings H, Pollock K, Bates P, Repper J & Slade M. Development and evaluation of a Recovery College fidelity measure. *Canadian Journal of Psychiatry* 2019; 64 : 405-414.

Toney R, Elton D, Munday E, Hamill K, Crowther A, Meddings S, Taylor A, Henderson C, Jennings H, Waring J, Pollock K, Bates P & Slade M. Mechanisms of action and outcomes for students in Recovery Colleges. *Psychiatric Services* 2018; 69 : 1222-1229.

Zabel E, Donegan G, & Lawrence K. Exploring the impact of the recovery academy: a qualitative study of Recovery College experiences. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 2016; 11 : 162–171.

INTERVIEW

de Graziella Golf et Thomas d'Hauteville (REV) par Jean-Félix Savary (GRE)



Graziella Golf J'ai rencontré Vincent Demassiet, président actuel du REV France, lors de mon parcours universitaire en psychologie clinique. Son témoignage relatant le passage d'une identité de schizophrène (psychiatrie) à celle d'entendeurs de voix (REV) a fait sens pour moi. En adhérant bénévolement au REV, j'ai souhaité ouvrir un groupe de parole à Montpellier. C'est en présentant mon projet dans un Groupe d'Entraide Mutuelle que j'ai rencontré Thomas. Nos différences nous permettent d'être dans la complémentarité et nous nous rejoignons sur notre foi en l'humain. Le statut de bénévole me permet de venir dans les réunions avec ce que je suis, sans étiquette professionnelle. Faciliter un groupe de parole, dont un des principes est l'acceptation des différences entre individus, a été bénéfique pour moi.



Thomas D'Hauteville Voilà plus de dix ans que je suis un usager de la psychiatrie. C'est un long chemin d'accepter un diagnostic posé sur sa personne, mais je mène aujourd'hui une vie riche et épanouissante. Après un séjour en hôpital psychiatrique en 2006, il a fallu reprendre pied petit à petit dans l'existence et progressivement retrouver le goût des choses. Désœuvré, le bénévolat m'a permis d'occuper utilement mes journées et de garder un contact social; mais il a fallu d'autres séjours en institution de soin avant d'arriver à retrouver une certaine sérénité. Avoir traversé toutes ces phases de l'acceptation et de la reconstruction est une expérience acquise que je peux mettre au service de ce groupe de parole d'entendeurs de voix. Aujourd'hui ce parcours difficile résonne comme une force en moi. Faciliter un groupe de parole d'entendeurs de voix, c'est favoriser l'entraide au sein de ce groupe, ce qui est la clé d'un mieux-être collectif.

AÉRER L'EXPÉRIENCE

Graziella Golf et Thomas d'Hauteville sont facilitateurs du groupe de Montpellier du Réseau sur l'Entente de Voix (REV). Ils nous présentent leur collaboration et les avantages de marier les compétences expérientielles pour restaurer et élargir un espace d'action et de définition de soi. Entretien avec un binôme au service de la liberté, du pouvoir d'agir et du rétablissement. Une expérience hors du champ des addictions qui peut résonner et nourrir notre pratique. (réd.)

Jean-Félix Savary: Le réseau sur l'entente de voix, c'est quoi et cela vient d'où?

Graziella Golf: On doit la création du mouvement à Marius Romme, un psychiatre néerlandais, en 1987. L'une de ses patientes, Patsy Hague, avait des voix très envahissantes qui l'empêchaient de faire ce qu'elle désirait, ainsi que des idées suicidaires. Il s'est rendu compte que ses outils traditionnels ne marchaient pas avec elle, et a décidé de changer d'approche. En collaboration avec Sandra Escher (Journaliste scientifique, chercheuse et actuelle compagne de Romme), ils sont allés participer à une émission de

télévision à grande audience, au cours de laquelle Patsy a exposé son problème en vue d'un appel à témoin. Plus de 700 personnes ont appelé, dont 450 avaient une expérience d'entente de voix. On prend alors conscience de l'étendue du phénomène de l'expérience d'entente de voix. Elle est plus ordinaire que l'on pense. À partir de cette émission, Marius Romme créa le mouvement avec l'idée de défendre une perspective d'émancipation pour les entendeurs de voix.

En France, c'est Yann Derobert et Magali Molinié, qui montent les premiers groupes dans le nord en 2011.

L'association se fixe pour buts l'aide, la connaissance, la recherche et l'information sur l'entente de voix et autres perceptions, expériences ou vécus inhabituels, en s'appuyant en premier lieu sur l'expertise qu'en ont les entendeurs de voix eux-mêmes.

Afin de se développer, l'association française propose à des structures psychiatriques d'amener certains de leurs patients à suivre une formation REV. La psychiatrie a eu du mal au début, mais c'est ouvert à la démarche. Le président actuel du REV, Vincent Demassiet, rappelle les réactions négatives du début (« faire délirer des fous entre eux... »). Usager de la psychiatrie pendant 20 ans, dont la plupart sous contrainte, on lui permet de rejoindre ces formations, ce qui va changer sa vie. Le REV va lui permettre de passer d'une identité de schizophrène à celle d'un entendeur de voix, et par la même sortir d'une identité négative et se réapproprier de nombreux possibles.

Jean-Félix Savary : Quels sont les principes de base du REV ?

Graziella Golf : Chaque groupe de parole est différent, car ils sont de base peu structurés et libres. Autrement dit, chaque groupe construit lui-même ses règles de fonctionnement. Par contre, nous avons une organisation nationale et régionale. Ce qui nous unit, c'est une philosophie commune, basée sur deux fondements :

1. L'entente de voix n'est pas le signe d'une maladie mentale, mais au contraire une expérience réelle et singulière, porteuse de sens pour les personnes. Nous sortons d'un discours qui voudrait éradiquer les voix, pour apprendre à les respecter et les envisager dans leurs dimensions expérientielles.
2. C'est la relation que l'on entretient avec les voix qui peut être source de souffrance. Or, il est possible d'avoir un rapport apaisé avec elles. Les groupes jouent ici un rôle important, car ils permettent aux participants de partager des stratégies afin de faire face aux voix et de reprendre le contrôle de leur vie quotidienne.

Jean-Félix Savary : Comment comprendre ces voix ?

Graziella Golf : En tant qu'expérience, ces voix sont réelles. Le témoignage d'entendeurs de voix révèle que les voix semblent connaître particulièrement bien la personne qui les entend et ce qu'elles disent manque rarement de pertinence. C'est même une des raisons qui peut les rendre insupportables. Néanmoins, les voix peuvent également mentir au sujet de l'entendeur et leur contenu peut être faux. Un des éléments importants pour comprendre les voix est de se centrer sur le contexte d'apparition et l'émotion ressentie sur le moment par l'entendeur. Il est alors possible de les relier avec des événements vécus dans le passé, qui pour beaucoup ont été signe d'un traumatisme. Ces connexions internes entre les voix et sa propre histoire permettent de les analyser et se les réapproprier. Ce qui se rapproche de ce qui peut se faire en psychiatrie, s'intéressant elle aussi au contenu des voix. Le REV par-

tage donc un socle commun avec la psychiatrie, mais la manière d'identifier la personne et ce qu'on lui renvoie de son expérience sensorielle diffère profondément.

Jean-Félix Savary : S'agit-il de se réapproprier une identité positive, au-delà ou avec la maladie ?

Thomas D'Hauteville : Pour le REV c'est en effet très important. Il faut respecter toutes les croyances. Le discours médical a la même légitimité que le discours spirituel, ésotérique ou autres. Il faut laisser à chacun le soin de construire la perspective qui fait sens pour lui. Il y a une réaction face à la psychiatrie qui parle d'hallucinations, dans une perspective jugeante. Le REV s'émancipe de l'enfermement provoqué par un diagnostic savant, qui réduit fortement le sens que la personne peut lui donner. Nous ne rejetons pas du tout la médecine et l'approche pathologique qui représente une partie de la solution pour certains. Il faut la comprendre comme une alternative qui aide, mais qui ne peut prétendre représenter l'entier du phénomène.

Graziella Golf : L'intention première est d'offrir les moyens à des personnes qui entendent des voix de redevenir acteurs et auteurs de leur existence, de trouver les soutiens et les ressources, en elles et autour d'elles, pour construire la vie qu'elles estiment digne d'être vécue – à partir de leurs propres critères, et non de ceux imposés par des modèles de normativité extérieurs, qu'ils soient médicaux ou sociaux.

Thomas D'Hauteville : Nous avons construit différents partenariats avec le milieu psychiatrique et d'autres structures médicosociales de notre ville. Cela est positif. Nous nous présentons comme une offre supplémentaire, qui vient élargir la palette à disposition des personnes. Il n'y a pas de concurrence avec quiconque. Nous proposons quelque chose de différent, complémentaire. Nous respectons le travail de tous les acteurs. Par exemple, si la personne suit un traitement avec une médication, c'est très bien si cela lui convient. Le groupe offre une carte expérientielle permettant d'être reconnu et entendu.

Jean-Félix Savary : Quelle place la stigmatisation a dans le travail du REV ?

Thomas D'Hauteville : La stigmatisation de la schizophrénie est forte. À la télévision, il y a des rapprochements dangereux suggérés. Comme beaucoup de personnes diagnostiquées schizophrènes entendent des voix, nous sommes bien entendu très concernés. Le REV permet de changer cela. Il favorise une émancipation des personnes qui entendent des voix. Le rétablissement se conçoit dans un espace social, qui classe et juge en permanence. Les groupes donnent un appui aux participants pour sortir de l'espace pathologique et stigmatisant où on veut les enfermer.

Mais le REV va au-delà des individus. Il a aussi l'objectif de changer le regard que la société porte sur l'entente de voix. Notre ambition est de faire accepter dans la société

toutes les personnes qui entendent des voix, comme des citoyens comme les autres. Le REV s'est fondé clairement contre la stigmatisation et il revendique ce combat.

Graziella Golf : La différence doit être vue comme un enrichissement et non un facteur d'exclusion. Pour nous, il est essentiel de redonner de la liberté sur la définition de soi, de se créer des espaces de mouvement et d'autonomie par rapport à ce que l'on peut vivre. Malgré ce discours pesant de la société et des dispositifs jugeants, il est possible de se reconstruire une identité. De souffler et de prendre de la hauteur. D'aérer l'expérience.

Thomas D'Hauteville : Il s'agit de retrouver une marge de manœuvre par rapport à ce que l'on vit : décroiser ces identités de malades, de déviants ou d'anormaux, qui font si mal. Il peut y avoir de la pathologie dans l'expérience, c'est vrai. Mais il faut laisser de la place à la personne. Les assommer avec des diagnostics médicaux nous enferme et nous plaque au sol. Le REV essaie de donner de l'espace aux personnes pour qu'elles ne se sentent pas anéanties par le phénomène.

Il peut aussi y avoir des peurs, qui inhibent. On cherche à expliquer, à savoir, mais cela devient un obstacle quand les catégories deviennent fermées, qu'on croit savoir ce qu'elles recourent exactement. Par définition, elles ne correspondent pas aux personnes. Il faut apprendre des gens, sans un savoir préconstruit, qui devient alors un obstacle. Apprendre en ne sachant pas à priori en quelque sorte. Le côté solidaire du groupe devient une force, qui nous permet de progresser ensemble.

Jean-Félix Savary : Est-ce dire que votre ambition est d'arriver à plus d'horizontalité ?

Thomas D'Hauteville : La réaction des professionnels consiste souvent à se protéger par un rapport vertical avec l'autre et de construire un savoir sur le patient. C'est normal qu'ils puissent se sentir paumés avec les crises. Ils doivent eux aussi faire face à leurs propres angoisses. Pour construire un rapport plus horizontal, il faut puiser dans soi. Baliser le terrain pour l'autre. Ne pas neutraliser des comportements que nous ne comprenons pas, mais plutôt être dans le soin. Les angoisses des professionnels gênent l'ouverture que l'on doit à l'autre et mettent trop de verticalité.

Graziella Golf : Dans les groupes REV, chacun parle à partir de son vécu sans venir interpréter, juger, le vécu des autres. C'est notamment dans cette reconnaissance mutuelle entre ce que je suis et ce qu'est l'autre, que chacun trouve en soi le chemin pour se rétablir. Nous insérons donc à l'intérieur des groupes un principe horizontal : personne ne sait ce qui est le mieux pour le bien-être de l'autre, chacun est expert de sa propre expérience. D'où le fait que pour beaucoup de groupes de paroles,

les facilitateurs sont eux-mêmes entendeurs de voix et/ou ont vécu un parcours psychiatrique.

Jean-Félix Savary : Comment catégoriseriez-vous votre binôme ? Qu'est-ce qui vous rassemble ?

Thomas D'Hauteville : Nous sommes avant tout deux êtres humains. La première chose qui nous lie est un intérêt commun, celui de vouloir aider des personnes en situation d'isolement et d'exclusion. Dans le groupe, nous nous présentons en tant que personnes à part entière, par-delà nos multiples casquettes, nos identités figées.

Le binôme nous donne la stabilité pour l'ouverture. À deux nous avons plus de ressources et nous répartissons les rôles, chacun dans un registre différent. Par exemple,

pour l'avoir vécu, je vais pouvoir mieux comprendre les psychoses, quand la spirale monte et qu'on décolle de la réalité. Graziella, elle, peut apporter des éclairages techniques que je n'ai pas. À deux, nous pouvons aussi incarner cette horizontalité et ce respect auquel nous sommes attachés.

Le facilitateur peut aussi agir comme un modèle qui permet au groupe de se projeter. Nous essayons de nous

éclipser, de nous mettre en retrait, pour favoriser le bon échange. Il faut avoir du respect pour le récit. Même si c'est anodin, on fait l'effort de l'attention. On veille sur l'écoute collective. Écouter, c'est faire silence. C'est aussi prendre en considération l'autre.

Jean-Félix Savary : Que mettriez-vous derrière le terme de facilitateur ?

Graziella Golf : Le facilitateur est une personne qui s'efface au profit du groupe. Il est là pour garantir le respect des règles et garantir l'horizontalité. Prévenir les jugements, soutenir les participants, donner la parole et orienter la discussion. Reconnaître et porter attention. Nous adoptons également une posture de vérité, se montrer comment on se voit nous. Débarquer sans avoir une identité bien définie va stimuler la confiance pour les autres. La complémentarité de notre binôme, tout comme la connivence que nous partageons, nous lie et nous permettent de rester dans cette dynamique, comme notre envie d'aider. Cela demande une transparence totale. Par contre, en tant que facilitateurs, nous n'intervenons pas directement comme participants.

Thomas D'Hauteville : Il faut avoir une bonne connaissance de soi. Si tu as des carences affectives non traitées qui provoquent de l'anxiété, c'est difficile. Beaucoup de gens ont des peurs, qui empêchent l'ouverture. Au contraire, pour s'ouvrir à l'autre, il faut dépasser cela. L'ouverture vient avec cette solidité. Il est alors possible de décroiser. On fait un pas de côté. On laisse faire. On accompagne.

Notre ambition est de faire accepter dans la société toutes les personnes qui entendent des voix, comme des citoyens comme les autres.

Jean-Félix Savary : Comment le REV s'inscrit dans le courant du rétablissement ?

Graziella Golf : Le rétablissement, c'est explicitement une dimension du REV. Si on suit le courant du rétablissement, on peut parler de trois étapes, pas forcément chronologiques. Il y a d'abord la création d'un espace sécurisant, se sentir accueilli, ne plus se cacher et s'ancrer dans le réel. Ensuite, il s'agit de se réapproprier son expérience, par la parole, par l'échange. À travers l'énonciation de son cheminement personnel, et l'écoute des autres, quelque chose se passe, qui ouvre sur une possible réappropriation de son expérience. Cela permet dans un troisième temps de restaurer le pouvoir sur soi, de se redonner du pouvoir d'agir. Se rétablir sur ce qui est bon pour soi. Il ne s'agit pas de se rétablir selon ce que les autres veulent pour moi, mais trouver un espace pour un mieux-être qui me convient à moi. Être ce que je suis en somme. Si nous faisons un lien dans la relation soignants/soignés, ils ne devraient plus avoir des objectifs pour les patients, mais au contraire, ils devraient se mettre en soutien des objectifs des patients.

Jean-Félix Savary : Les voix peuvent-elles être positives ? Peut-on les transformer en ressources ?

Thomas D'Hauteville : Ces voix, c'est d'abord une souffrance pour beaucoup. Elles peuvent être violentes et dévalorisantes. Nous pousser à faire des choses que nous désapprouvons. Par l'apprentissage collectif, on peut commencer à les mettre à une juste distance. Accepter ce qui peut l'être, mais refuser aussi certaines choses. On peut alors arriver à en faire une ressource, voir une activité pour certains, comme pour les passeurs d'âme. Si l'entente de voix devient la connexion avec un monde harmonieux, qui te guide et te libère vers plus de sagesse et de pacification, banco ! C'est bien entendu l'objectif.

Graziella Golf : Chez les usagers de psychiatrie, le rapport avec les voix peut être plus violent et perturbateur. À l'inverse, on observe un rapport plus apaisé avec ceux qui n'ont pas connu cette expérience. Cela peut provenir du fait qu'aujourd'hui, on a encore trop tendance à vouloir supprimer les voix à priori. Or, plus on essaie de s'en séparer, plus elles deviennent agressives. Accepter les voix permet de dépasser l'agressivité que ces voix peuvent exprimer et apporter de l'apaisement. Elles viennent souvent dire des choses sur soi, alors oui, dans un sens, les voix deviennent aussi une ressource dans le parcours du rétablissement.

Thomas D'Hauteville : L'acceptation rend les voix moins compliquées. Plus tu acceptes une situation, moins elle devient compliquée. Accepter, c'est se permettre de faire avec, donc de faire.

Jean-Félix Savary : Pouvez-vous nous dire ce que cela vous apporte ?

Thomas D'Hauteville : Boudha dit « si tu veux moins de soucis, décentre-toi ». Être facilitateur, c'est considérer la liberté de l'autre comme importante, la mettre d'abord, avant la sienne. C'est une expérience vraiment saisissante, qui apporte beaucoup de sérénité. Étant moi-même bouddhiste, je me retrouve complètement dans cet enseignement. Le groupe m'offre l'occasion de m'exercer à être réellement altruiste. Par ailleurs, c'est valorisant d'avoir des rôles dans la société. Si on ne sert à rien aux autres, on est souvent malheureux. J'ai un rôle dans ce groupe-là, on compte sur moi, on m'attend, et je contribue à la dynamique du tout.

Graziella Golf : Idem. Cela me met également au travail sur le côté professionnel. Cela vient redéfinir toutes les théories que l'on a pu m'apprendre sur la psychopathologie qui peut avoir tendance à retirer les couleurs venant définir une personne. Là, j'arrive à la voir dans toutes les couleurs qui sont les siennes. Comme chaque individu est différent, cela fait à chaque fois une palette de couleurs assez admirable. D'un point de vue plus personnel, cela fait vibrer ma corde militante. Je viens apporter le changement à mon niveau. Peut-être pouvons-nous apporter d'autres regards ? Cette idée me nourrit. Il y a un sentiment de légèreté après les séances, à la fois sur un plan professionnel et personnel. Comme si un certain alignement s'opérait. Quelque chose de l'ordre de la spiritualité.

Jean-Félix Savary : Et pour les participants ?

Thomas D'Hauteville : Ce que nous apportons, c'est avant tout un cadre bienveillant qui permet aux personnes de s'exprimer librement et d'avoir des échanges sur leurs expériences. Dans des institutions de soins, ou parmi leurs proches, les personnes se refusent à exprimer complètement ce qu'elles vivent, de peur de la réaction des autres. Le groupe offre la possibilité d'un échange qui n'a pas lieu ailleurs. Ce que nous faisons c'est décroquer, sortir de l'identité de malade. Il y a de la pathologie dans l'expérience, pour beaucoup. Mais il n'y a pas que ça. Il faut se réapproprier la richesse de l'expérience et ce que cela permet en termes de parcours. L'écoute aussi est centrale. C'est irremplaçable d'avoir quelqu'un qui t'écoute. Il y a une vraie culture de l'écoute de manière bienveillante. Cela permet de reprendre le pouvoir sur soi, mais cela permet aussi de se décentrer de soi en écoutant les autres.

Jean-Félix Savary : Merci

*Contacts : graziella.golf@gmail.com
tomdh@netcourrier.com*

INCARNER LE RÉTABLISSEMENT : LES PAIRS PRATICIENS EN SANTÉ MENTALE

Caroline Suter (association re-pairs)

La pair-aidance professionnelle en santé mentale existe depuis sept ans en Suisse romande et bientôt vingt en Suisse alémanique. Elle forme des personnes qui ont souffert d'un trouble psychique ou d'une addiction à aider d'autres. S'il est encore trop tôt pour tirer un bilan, les expériences rapportées sont positives à tout point de vue. L'article nous emmène dans la dynamique de cette nouvelle profession qui prend la voie du partenariat, vivant et incarné par l'exemple. (réd.)

Si l'approche du rétablissement gagnerait à être encore davantage connue – et ce tant par les professionnels que les proches et les usagers eux-mêmes –, elle est en règle générale accueillie favorablement. Ce nouveau paradigme, qui se fonde notamment sur l'espoir et l'autodétermination, implique de changer très profondément de regard sur l'usager. Il suppose également un déplacement de la posture de tous les acteurs: il faut en effet passer d'un patient passif à un citoyen acteur, de la prise en charge à l'accompagnement et accepter une prise de risques et de responsabilités partagées. En somme, le rétablissement passe par l'abandon du paternalisme au profit du partenariat.

Cela dit, l'adhésion que rencontre le rétablissement reste souvent assez théorique. En effet, l'adoption de pratiques qui respectent ces valeurs et principes est loin d'être systématique [1], à commencer par la décision partagée, alors même qu'elles sont considérées comme un impératif éthique majeur [2, 3]. Une des mesures largement reconnue comme favorisant une orientation vers le rétablissement est l'engagement de travailleurs pairs [4], soit des personnes qui ont une expérience vécue d'un trouble, d'une maladie ou d'une addiction. Pour autant qu'ils ne soient pas instrumentalisés, ils sont une incarnation vivante du rétablissement et des vecteurs d'espoir sur pattes.

PRÉCISION TERMINOLOGIQUE

À noter que le dynamisme qui caractérise ce domaine se traduit par un foisonnement terminologique, dont voici un aperçu: pair, pair aidant, médiateur de santé pair, expert par expérience, *peers*, *peer worker* ou *specialist*, et, en Suisse romande, pair praticien en santé mentale. Le pair praticien en santé mentale – la santé mentale étant ainsi pensée dans son sens le plus large, elle comprend

le champ des addictions – se distingue d'autres pairs aidants dits naturels en cela qu'il a suivi une formation pour apprendre à mobiliser ses savoirs expérientiels pour venir en aide à des pairs en souffrance et pour être un trait-d'union entre les usagers et les équipes soignantes.

Dans le domaine des addictions, dont l'entraide entre pairs est de longue date un pilier, cette innovation se heurte sans doute à moins de résistances que dans d'autres secteurs de la santé mentale, où l'arrivée de ces nouveaux professionnels suscite certes de l'intérêt voire parfois de l'enthousiasme, mais également trop souvent une levée de boucliers. Ainsi, les professionnels craignent de devoir faire face à de la concurrence déloyale, d'avoir un patient de plus à charge, d'être surveillés par des « agents infiltrés », pour ne citer que les arguments qui reviennent de façon récurrente. Ce discours relève bien souvent d'une vision paternaliste et d'une méprise sur ce que sont réellement les pairs praticiens en santé mentale. Cela souligne à quel point il est important de préparer les équipes qui envisagent d'accueillir en leur sein un tel professionnel. Pour cela, on peut par exemple commencer par consulter le guide qui a récemment été rédigé à ce sujet par le Centre ressource Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive [5].

COMMENT DEVIENT-ON PAIR PRATICIEN EN SANTÉ MENTALE EN SUISSE ROMANDE ?

En Suisse romande, la première formation à la pair-aidance professionnelle a vu le jour en 2013 sous la houlette de trois partenaires: l'association romande Pro Mente Sana, la Coordination romande des associations d'actions pour la santé psychique (CORAASP) et l'Ecole d'études sociales et pédagogiques (éesp). Après un cursus en quatre modules auxquels venaient s'ajouter un stage, les premiers pairs praticiens en santé mentale ont donc été

L'ASSOCIATION RE-PAIRS

Au vu des nombreux défis qui attendent les pairs praticiens en santé mentale, une association a été créée dès le terme de la première volée de formation. Sous l'impulsion de son fondateur et premier président, Iannis McCluskey, re-pairs voyait ainsi le jour en 2015. Si son objectif principal est de promouvoir l'intégration de la profession de pair praticien dans le milieu romand de la santé mentale, ses activités se déclinent en plusieurs volets : communiquer sur la profession et la formation, encourager les institutions à engager des pairs praticiens, favoriser les liens entre professionnels et pairs praticiens de même qu'accompagner l'intégration professionnelle de ces derniers, soutenir les pairs praticiens dans leur pratique et offrir un gage de qualité à travers l'organisation d'intervisions, de supervisions et de formations continues. Ce sont assurément des objectifs ambitieux, qui plus est pour une association naissante et de petite envergure : ils s'inscrivent donc évidemment dans la durée. Cela dit, ils reposent sur la conviction ferme que c'est à ce prix que l'on peut espérer ancrer et consolider ce métier si prometteur.

certifiés en 2014 [6]. Après une légère adaptation du cursus, une deuxième volée a suivi en 2016 pour s'achever en 2017. À la suite du bilan qui a été fait, le projet a été consolidé, afin de répondre au mieux aux besoins exprimés par les diverses parties et de donner plus d'assise à ce métier encore balbutiant sous nos latitudes. Parmi les innovations majeures, signalons que l'association re-pairs s'est jointe au comité de pilotage et que le curriculum a été complété par un prérequis qui porte le nombre total de jours formation de 18 à plus de 30. La troisième volée de formation ayant débuté à l'automne 2019, les pairs praticiens en santé mentale issus de cette promotion seront diplômés en 2021.

QUE FAIT UN PAIR PRATICIEN EN SANTÉ MENTALE ?

Si l'activité des pairs praticiens repose par essence sur la valorisation des savoirs expérientiels et la promotion du rétablissement, elle se décline différemment selon les contextes d'intervention, dont voici un aperçu non exhaustif. Le plus traditionnel est le contexte clinique ; ainsi, en hôpital de jour, en clinique, en milieu ambulatoire ou dans la filière d'hébergement, les pairs praticiens en santé mentale proposent généralement des accompagnements individuels et des animations de groupe, mais ils participent également aux colloques d'équipe ainsi qu'à des missions stratégiques.

Les pairs praticiens en santé mentale peuvent également intervenir dans le contexte de l'enseignement et de la recherche, que ce soit dans la formation initiale ou continue de professionnels de la santé et du social, ou pour des formations destinées à des publics mixtes, comme c'est le cas dans le cadre du Collège de rétablissement par exemple.

On retrouve également les pairs praticiens dans le contexte associatif, où ils sont amenés à s'investir entre autres dans l'animation et dans des actions militantes, de défense des droits ou d'*advocacy*. Certains assument en outre des mandats ponctuels de supervision en binôme

avec un professionnel, ou encore de soutien à la réintégration professionnelle. Comme les pairs praticiens en santé mentale n'ont fait leur apparition que récemment en Suisse romande, aucune étude n'a encore documenté leurs activités. Cependant, en Suisse alémanique, le mouvement s'est implanté dès le tout début des années 2000, si bien qu'une enquête a déjà pu être menée et donne une idée des évolutions possibles [7].

Si ce modèle alémanique est certainement une source d'inspiration, quelques pistes de développement se dégagent déjà de ce côté de la Sarine, sur lesquelles nous entendons nous pencher prochainement. Il s'agit d'une part de services pour les proches, tant le besoin et le potentiel semblent ici importants et la mise en place d'un cadre permettant de proposer des consultations – voire des téléconsultations (par téléphone ou par mail) – en indépendant.

MAIS, AU FOND, QUEL BÉNÉFICE PEUT-ON ATTENDRE D'UN PAIR PRATICIEN EN SANTÉ MENTALE ?

La bonne nouvelle, c'est que les expériences rapportées par la majorité des équipes qui ont engagé un pair praticien en santé mentale en Suisse romande s'inscrivent dans la droite ligne des résultats mis en évidence par la littérature scientifique [8]. Les plus-values recensées se situent

à trois niveaux : tout d'abord, auprès des usagers, la présence d'un pair favorise l'espoir, l'empowerment, le partage des stratégies pour mieux gérer les difficultés au quotidien et il contribue à améliorer la reconnaissance de la maladie. Ensuite, au niveau des équipes, le pair apporte un nouveau point de vue et fait évoluer les pratiques vers des soins de meilleure qualité, il permet le développement

d'un langage commun, il facilite la communication entre les usagers et les soignants, il enrichit les interventions des équipes et facilite la participation et la responsabilisation des usagers. Souvent, on constate également une diminution de la violence et des mesures de contrainte, ainsi qu'un rééquilibrage du partage des

Les pairs praticiens en santé mentale peuvent également intervenir dans le contexte de l'enseignement et de la recherche.

pouvoirs. Enfin, au niveau de l'institution, s'il ne peut à lui seul garantir le respect de pratiques orientées vers le rétablissement, autrement dit de pratiques qui se centrent sur l'utilisateur et ses ressources plutôt que sur ses symptômes, il peut avoir une fonction de vigie. Naturellement, le déploiement de ces effets suppose un environnement et des conditions-cadre qui permettent une intégration réussie dans l'équipe et un certain temps pour trouver ses marques. N'oublions pas que le métier fait face aux défis inhérents à toute nouvelle profession et a besoin de temps pour trouver sa place dans le système, sans compter que le pair praticien en santé mentale a peu de modèles, de références dont il peut s'inspirer et doit donc faire preuve d'une créativité redoublée.

CONCLUSION

Après une phase de balbutiement et d'avancée à tâtons, les ingrédients semblent désormais réunis pour que la pair-aidance professionnelle puisse déployer son plein potentiel. Certes, il y a encore beaucoup de choses à apprendre et à mettre en place, mais les bases sur lesquelles construire cet édifice commencent à se solidifier. Reste maintenant à convaincre les pouvoirs publics de soutenir cet élan et à trouver des employeurs curieux et ouverts, prêts à se lancer dans cette passionnante aventure aux perspectives plus que prometteuses ! En serez-vous ?

Contact : c.suter@ecolelasource.ch



Bibliographie

- [1] Boardman J, Shepherd G, Des services de santé mentale centrés sur le rétablissement, in Jouet E, Greacen T (eds), Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, Toulouse, ERES « Actualité de la psychiatrie », 2012 : 113-129
- [2] Drake RE, Deegan, P & Rapp C. The promise of shared decision making in mental health. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010 ; 34 :7-13.
- [3] Thornicroft G, Tansella M, Community Mental Health Care in the Future: Nine Proposals. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2014 ; 202 : 507-512.
- [4] Repper J, Carter T, A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 2011 ; 20 : 392-411.
- [5] de Castro F, Narci-Zanni E (Centre ressource de Lyon), Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale?, <https://centre-ressource-rehabilitation.org/comment-integrer-un-travailleur-pair-dans-une-equipe-de-sante-mentale-un-petit> (2019: 04.03.2020).
- [6] Pair praticien en santé mentale : un nouveau métier, Dossier Diagonales 101, GRAAP 2014, Lausanne
- [7] Burr C, Rother K, Elhilali L, Winter, A, Weidling K, Kozel B & Gurtner C, Peer support in Switzerland: Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing* 2019.
- [8] Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, Johnson S, Kendall T, A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry* 2014 ; 14 : 39.

L'APPROCHE DU RÉTABLISSEMENT DANS L'AIDE AUX PERSONNES DÉPENDANTES

Mirjam Weber (Office fédéral de la santé publique)

La Stratégie nationale Addictions 2017-2024 propose un cadre d'orientation et d'actions pour trouver de manière globale des solutions aux problèmes d'addiction. Le rétablissement y occupe non pas une place mais des places. Mirjam Weber, responsable de la stratégie à l'Office fédéral de la santé publique, puise aussi dans son ancienne pratique de travailleuse sociale pour clarifier ses articulations. (réd.)

Récemment, je me suis rendue à la fête d'anniversaire d'une institution spécialisée dans l'aide aux personnes dépendantes. Un immeuble en plein centre d'une commune de la « côte d'or », dans la banlieue de Zurich. L'offre sociothérapeutique qu'il propose comprend le traitement résidentiel des addictions, l'habitat encadré, le suivi ambulatoire ainsi qu'un programme de travail et d'occupation. Les objectifs visés sont la stabilisation, le développement des compétences sociales, l'augmentation de l'autonomie ainsi que l'intégration sociale et professionnelle. Le traitement est clairement axé sur l'abstinence. Les résidents organisent chaque année leur traditionnel marché de Noël et gèrent une entreprise de déménagement. L'institution collabore étroitement avec l'Union des arts et métiers, et de nombreux résidents ont déjà effectué leur apprentissage dans la commune. Pour sortir de l'addiction, ils participent activement à la vie sociale de cette petite ville. Le président de la commune a souligné dans son discours que l'institution est à sa place, en plein centre-ville. Tout comme l'addiction est, elle aussi, présente au cœur du quotidien. Durant les fêtes, j'ai eu l'occasion de discuter avec un de mes anciens clients du service de conseil, croisé par hasard en ville. M. Strässler¹, 48 ans, un fils, électricien à Berne. Il va bien, m'a-t-il dit. Grâce à un traitement par agonistes opioïdes, qu'il reçoit à présent de son médecin de famille, son état est stable depuis des années. Sa compagne et son employeur le soutiennent beaucoup et il ne voit pas de raison de changer quelque chose à son traitement, ni maintenant, ni plus tard.

Dans l'article qui suit, je souhaite aborder dans quelle mesure l'approche du rétablissement (*recovery*) pourrait être intégrée à l'aide aux personnes dépendantes, notamment à la Stratégie nationale Addictions de la Confédération,

et ce que cette approche a à voir avec la recherche du « bon » traitement de l'addiction.

L'AIDE AUX PERSONNES DÉPENDANTES, UNE MISSION DE L'ÉTAT

La conviction profonde que la société et l'État ne peuvent fonctionner qu'en garantissant le bien-être des plus vulnérables d'entre nous et en leur offrant des perspectives m'a conduite au travail social. Dans le préambule de notre Constitution fédérale, on lit que « la force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres ». Encore aujourd'hui, la volonté de mettre en pratique cette valeur fondamentale par des actes me motive au quotidien. Dès le début de ma formation et tout au long de mon parcours professionnel, je me suis consacrée à la thématique de l'addiction. Ce choix est dû à la conscience que tôt ou tard, la grande majorité des gens vivent des ruptures dans leur existence, sont rongés par les soucis ou paralysés par le stress, du moins provisoirement. Et – je l'ai appris au cours d'innombrables consultations et rencontres, mais aussi en m'entretenant avec des spécialistes du domaine – que l'addiction peut être une réaction à ce genre de difficultés. Qu'elle soit la conséquence de l'une des situations décrites ci-dessus, d'une maladie primaire (somatique ou psychiatrique), d'une habitude prise ou qu'elle ait été favorisée par une prédisposition génétique, l'essentiel est de proposer un soutien adéquat aux personnes concernées. Mais comment concevoir de telles offres? Qui peut ou doit, et en vertu de quelle expertise, décider quelle forme d'aide convient aux personnes dépendantes?

L'un des buts énoncés dans la loi suisse sur les stupéfiants consiste à protéger les personnes des conséquences médicales et sociales induites par les troubles psychiques et

1. Le nom a été changé.



comportementaux liés à l'addiction. Selon le modèle des quatre piliers, la loi définit dans quels domaines la Confédération et les cantons doivent prendre des mesures². En ce qui concerne la thérapie et la réinsertion, il est précisé que les traitements ont pour objectif la prise en charge thérapeutique et l'intégration sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, l'amélioration de leur santé physique et psychique ainsi que la création des conditions permettant l'abstinence. Outre les aspects sanitaires et thérapeutiques, la loi souligne aussi l'importance de la réinsertion professionnelle et sociale³.

DIFFÉRENTES PERSPECTIVES SUR LE PHÉNOMÈNE DES ADDICTIONS

La mise en œuvre de ces prescriptions comporte plusieurs enjeux. Au-delà des questions de financement et de planification des soins, les offres, les thérapies et les traitements doivent répondre à des normes de qualité et être constamment adaptés à l'état actuel de la recherche ainsi qu'aux tendances en matière de consommation et de comportement. La conception de ces offres est d'autant plus complexe que l'addiction est un thème transversal qui touche de nombreux secteurs, tant au niveau politique que social. Selon les domaines, chacun argumente, différencie et agit selon sa propre perspective et met l'accent sur un aspect différent. Dans le cas de l'addiction, la différenciation fonctionnelle de la société engendre d'une part une marginalisation sociale multiple des personnes atteintes (stigmatisation, participation réduite dans de nombreux domaines tels que la santé, l'intégration sociale ou encore la formation) et, d'autre part, une différenciation des offres d'aide. Dans un État social tel que la Suisse, le bien-être et la sécurité sociale des individus sont des objectifs centraux, mais les thèmes mis en avant varient en fonction du regard que l'on porte sur le phénomène de

l'addiction. On l'observe non seulement au niveau stratégique et politique, mais aussi sur le plan opérationnel. Le médecin de M. Strässler veille à lui prescrire la dose appropriée d'agonistes opioïdes, traite les éventuels effets secondaires et surveille son état de santé physique général. Le tribunal régional bernois met la priorité sur l'exécution de la peine privative de liberté avec sursis pour possession de drogue dans le cas « Strässler ». Le psychologue thématise les facteurs pouvant représenter une source de stress pour M. Strässler et donc, dans son cas, engendrer un risque de rechute. Pour son employeur, il est important que le traitement de son addiction n'ait pas de conséquences négatives sur son travail. Dans le cadre du conseil familial, la thérapeute systémique met l'accent sur sa vie, qu'il partage avec sa partenaire et son fils. Au service de conseil en désendettement, la travailleuse sociale tente avec lui de trouver un équilibre entre la garantie du minimum vital et le paiement aussi rapide que possible de ses dettes. Et M. Strässler, quelles sont ses priorités ?

UN ENSEMBLE DE VALEURS AXÉES SUR LA PARTICIPATION

C'est là qu'intervient le concept de rétablissement. Cette approche se caractérise par des valeurs résolument fondées sur la participation. Dans le processus de rétablissement, l'individu est placé au centre du traitement [1]. Les expériences de vie marquantes, y compris celles dues à la maladie, sont une source de connaissances importante ; il ne s'agit pas de pathologiser ni de définir les écarts par rapport à la norme. Les quatre idées clés associées à ce concept (orientation des personnes, implication des personnes concernées, autodétermination et liberté de choix [2]) sont des notions déjà bien connues dans les domaines de la psychiatrie sociale, de la médecine et du

2. art. 1, 1a, 3b, 3d, 3e et 3g LStup

3. art. 3d LStup

travail social. Les approches humanistes ont recours à des méthodes qui correspondent à ces valeurs. Au début du siècle dernier déjà, Alice Salomon, une pionnière du travail social en tant que science, a introduit la notion d'« aide par l'entraide » (*Hilfe durch Selbsthilfe*). Définie par Hans Thiersch, l'approche fondée sur le milieu de vie (*Lebensweltorientierung*) conçoit le quotidien des personnes touchées comme un élément central de l'aide sociale et met l'accent sur le respect de leur travail d'introspection et de leurs efforts pour s'en sortir. Les approches systémiques, quant à elles, reposent sur l'implication des systèmes (sociaux) pour résoudre les problèmes sociaux [3]. La notion de rétablissement peut donc être associée à des concepts éprouvés. Conçue comme un processus dynamique sur le long terme, elle se prête donc particulièrement bien au traitement des addictions et d'autres maladies psychiques ou chroniques. Elle peut facilement intégrer des approches liées à la réduction des risques (*harm reduction*), étant donné qu'elle ne considère pas la guérison complète comme seul objectif du traitement, mais est plutôt axée sur la notion subjective de construction du sens chez la personne dépendante.

L'approche du rétablissement n'implique pas de renoncer aux méthodes et aux thérapies éprouvées.

L'APPROCHE DU RÉTABLISSEMENT DANS LA STRATÉGIE NATIONALE ADDICTIONS

De 2017 à 2024, la Confédération met en œuvre le plan de mesures de la Stratégie nationale Addictions, en collaboration avec de nombreux partenaires issus des cantons, de l'aide aux personnes dépendantes et de la politique en matière d'addictions. La stratégie définit l'addiction comme un phénomène à la fois biologique, psychologique et social [4]. L'approche du rétablissement inclut des perspectives variées sur l'addiction, dont celle de la personne concernée en premier lieu, et n'est donc pas contraire aux postulats sur lesquels se fonde la stratégie. En considérant les huit champs d'action de la stratégie, on s'aperçoit vite que cette approche est, aujourd'hui déjà, présente dans de nombreux domaines de la mise en œuvre, mais que son usage pourrait être encore plus systématique.

Sans prétendre à l'exhaustivité, je souhaiterais brièvement présenter quelques possibilités d'intégrer ces valeurs axées sur la participation aux différents champs d'action [5] de la stratégie.

Dans la promotion de la santé et la prévention, cette intégration peut se faire en adaptant les programmes et les offres à l'environnement du groupe cible, avec la contribution des personnes concernées. Pour la thérapie et le conseil, il faut prêter attention, en concevant les offres d'aide, à ce que le déroulement du traitement comprenne suffisamment d'options et que ses différentes composantes soient coordonnées. En effet, toute personne souffrant d'une addiction suivra sa propre voie, définie en fonction de son objectif personnel – une voie qui

n'a peut-être jamais été empruntée auparavant. Le traitement devrait inclure des offres socio-thérapeutiques, médico-psychiatriques, ambulatoires, intermédiaires, stationnaires et axées sur l'autogestion et l'entraide. Il peut s'agir non seulement d'interventions brèves, mais aussi de thérapies ou de traitements de longue durée. Les objectifs visés sont très variables, allant de notions courantes, telles que l'abstinence, l'abstinence partielle, la stabilisation ou la réduction des risques, à des buts formulés et développés de façon individuelle. La réduction des risques devrait avoir sa place dans l'offre d'aide aux personnes dépendantes ; selon l'approche du rétablissement, la liberté de choix et l'autodétermination doivent être respectées autant que possible. Les mesures de réglementation et de répression doivent protéger les personnes les plus susceptibles d'adopter un comportement nocif, en particulier les enfants et les adolescents. Cependant, elles ne doivent pas non plus criminaliser les personnes qui prennent des substances en raison d'une addiction, ni celles qui consomment de façon responsable et non problématique.

Dans la mise en œuvre de la stratégie, un grand nombre de mesures impliquent des formes de coopération et de coordination. Au lieu de considérer l'addiction avant tout comme un thème global sous l'angle de multiples disciplines et secteurs politiques (la santé, le social et la justice, pour n'en citer que trois), comme c'est le cas actuellement, il faudrait prendre en compte de manière plus systématique le point de vue des personnes concernées – non seulement sur le terrain, mais également dans la conception de la stratégie ou du pilotage. Les mesures visant à transmettre et à générer des connaissances pourraient promouvoir l'ancrage de cette approche dans différents champs d'action et diffuser des exemples de bonnes pratiques auprès des spécialistes de l'addiction ou de disciplines connexes. L'élargissement des connaissances est favorisé par des échanges internationaux avec des représentants de différents domaines au sein du mouvement du rétablissement. L'implication des pairs ne doit pas seulement être encouragée sur le plan opérationnel, mais aussi pour la transmission des connaissances, la sensibilisation et l'information.

FAIT-ON DU NEUF AVEC DU VIEUX ?

Une institution orientée vers l'abstinence proposant un large éventail d'offres – est-ce du rétablissement ? Le traitement à long terme par agonistes opioïdes de M. Strässler – est-ce du rétablissement ? Deux fois oui. L'approche du rétablissement n'implique pas de renoncer aux méthodes et aux thérapies éprouvées. Ces dernières peuvent être intégrées au processus que les personnes concernées et celles qui les soutiennent traversent, pas à pas, pour vaincre l'addiction en prenant des décisions communes (*shared decision making*).

Le rétablissement peut être considéré comme un ensemble de valeurs (peut-être redécouvertes) global et centré sur la personne, ou comme une approche à part entière. Dans tous les cas, promouvoir systématiquement le pouvoir de décision des personnes concernées et mettre en place un environnement thérapeutique leur offrant une telle liberté permettra de diversifier et de redynamiser

ce secteur. Pour y parvenir, il est indispensable que les structures permettent une certaine flexibilité et que toutes les personnes impliquées soient ouvertes à un échange d'égal à égal.

Contact: mirjam.weber@bag.admin.ch

USAGE DES ÉCRANS : GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PROFESSIONNEL-LE-S ET PISTES D'INTERVENTION	Je 17.09.2020
ENTRETIEN MOTIVATIONNEL NIVEAU II	Je 08.10.2020 Ve 09.10.2020
PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE (MBRP niveau I et II + retraite)	Ma 06.10.2020 Me 07.10.2020 Je 08.10.2020 Ve 09.10.2020
RÉTABLISSEMENT : INTÉGRATION DANS LA PRATIQUE	Je 29.10.2020 Ve 30.10.2020
ACCOMPAGNER UN PROCESSUS AI	Ma 03.10.2020
FORMATION DE BASE	Ve 06.11.2020 Ve 13.11.2020 Ve 20.11.2020 Ve 27.11.2020 Ve 04.12.2020
PLACEMENT À DES FINS D'ASSISTANCE : UN DÉFI POUR TOUTES LES PARTIES CONCERNÉES	Lu 30.11.2020 Ma 01.12.2020
ÉCOUTE ACTIVE ET CRÉATION DE LIENS	Je 10.12.2020 Ve 11.12.2020



Infos et inscriptions | www.grea.ch | 024 426 34 34

Bibliographie

- [1] Pro Mente Sana, Informationen über Recovery, <https://www.promente-sana.ch/de/wissen/recovery.html> (04.03.2020).
- [2] Kammer-Spohn M. Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung* 2014; 94: 1450-1452.
- [3] Engelke E, Borrmann S & Spatscheck C. *Theorien der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus, 2009.
- [4] Office fédéral de la santé publique, Stratégie nationale Addictions 2017-2024. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html> (2019: 04.03.2020).
- [5] Office fédéral de la santé publique, Stratégie nationale Addictions 2017-2024. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-sucht/Massnahmenplan%20zur%20nationalen%20Strategie%20Sucht%20.pdf.download.pdf/plan-mesures-strategie-nationale-addictions.pdf> (2019: 04.03.2020).

COMPARER LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS SUR LE RÔLE DU CONTEXTE SOCIAL DANS LE PARCOURS DE RÉTABLISSEMENT

Tim Greacen (Groupe Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences)
et Antoine Simon (Projet DURESS)

De nombreux usagers de drogues présentent, en plus de leur problème d'addiction, des problèmes d'ordre somatique et psychique, mais aussi social et juridique, qui ont un impact majeur sur leur parcours en lien avec l'addiction. Une prise en charge s'adressant à la seule addiction n'est souvent pas efficace pour ces personnes ayant des problèmes complexes. Si de multiples recherches ont été menées sur les aspects sanitaires et psychologiques associés aux addictions, peu d'études abordent les enjeux autour de l'impact du contexte social des personnes sur leur parcours de rétablissement. C'est ce que se propose de faire l'étude DURESS, présentée ici par ses auteurs.

DES FOCUS GROUPS DANS UNE ÉTUDE EUROPÉENNE

L'étude DURESS (*Drug Use Recovery, Environment and Social Subjectivity*) a pour objectif de décrire le rôle de l'environnement social dans le parcours de rétablissement des usagers de drogues illicites dans trois pays européens.

Cette recherche a bénéficié de l'aide conjointe de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives et de l'Université Paris 13 dans le cadre de l'appel à projets de recherche de l'European Research Area Network on Illicit Drugs (ERANID) ouvert en 2016. Dans le cadre de cette étude, deux focus groups ont été mis en place en France avec [1] des usagers de drogues illicites et des membres d'associations d'usagers et [2] des professionnels du sanitaire et du social du domaine de l'addictologie. L'objectif : comparer le point de vue des professionnels avec celui des usagers de drogue sur les facilitateurs et les obstacles dans les parcours de rétablissement. L'étude a reçu l'avis favorable du Comité Local d'Éthique pour la Recherche Clinique des HUPSSD (CLEA) : Protocole n° CLEA-2017-42.

Des usagers de drogues étaient recrutés par le biais d'associations d'usagers et d'une variété de centres de soins en addictologie de la région parisienne. Huit usagers se sont présentés pour une première rencontre le 30 octobre 2018 ; 5 de ces 8 se sont réunis une deuxième fois le

14 novembre 2018 pour faire part de leurs réflexions après un retour sur le terrain. Le focus group des professionnels s'est réuni une fois le 26 avril 2019 avec 14 professionnels qui assistaient à une conférence en France sur les soins en addictologie. Onze parmi eux travaillaient dans des institutions en France, et trois dans des institutions francophones en Suisse.

LE DÉROULEMENT DES FOCUS GROUPS

Au début de chaque rencontre, le modérateur rappelait les règles de fonctionnement du focus group : la durée de la séance d'environ 90 minutes, le respect d'un temps de parole pour chacun, le rôle du secrétaire de séance, le droit de quitter la séance voire d'interrompre sa participation dans l'étude à n'importe quel moment. Ensuite, le modérateur lançait le débat en rappelant la question principale : *Quels sont, selon vous, les obstacles et les facilitateurs à un parcours de rétablissement réussi pour des usagers de drogues illicites ?*

Au cours des séances, plusieurs grands thèmes réunissant des facilitateurs ou des obstacles dans le parcours de rétablissement ont été identifiés dans chaque focus group. Chaque thème a été débattu par le groupe pour identifier les éléments positifs ou négatifs associés au thème en question pour le parcours d'une personne. Puis, d'éventuelles recommandations ou revendications ont été formulées par les participants. Il est à souligner

que la notion de rétablissement était prise dans le sens large du terme pour indiquer un état de bien-être où la personne avance dans son projet de vie en ayant appris à gérer son problème d'addiction, sans nécessairement être dans l'abstinence.

LES FACILITATEURS DANS LE PARCOURS DU RÉTABLISSEMENT

En ce qui concerne les facilitateurs dans le parcours de rétablissement, un ensemble de thèmes identifiés par les professionnels l'ont été également par les usagers : une politique de réduction de risques avec un accès aux traitements de substitution ; un accompagnement à long terme avec une relation de qualité entre usager et professionnel ; des soins holistiques qui prennent en compte l'ensemble des problèmes sanitaires et sociaux de l'individu et non pas uniquement son problème d'addiction ; une coordination de qualité entre les services de soins et les services d'accompagnement ; avoir du travail ou une place dans la société ; le travail sur la relation avec les pairs.

Certains thèmes identifiés comme facilitateurs par les professionnels n'ont pas été évoqués par les usagers : travailler sur le plaisir et le bien-être sans les produits ; parler ouvertement des activités illégales dans la relation clinique ; le professionnel qui comprend que l'utilisateur n'a peut-être pas les mêmes valeurs que lui ; travailler avec le quartier, les habitants, les élus ; avoir un toit, le résidentiel ; appartenir à une classe sociale favorable ; le réseau de soutien caritatif.

D'autres facilitateurs étaient évoqués uniquement par le focus group des usagers. Un thème majeur : la pair-aide, l'importance de rencontrer des gens qui ont connu la même situation : « *Les seules personnes qui m'ont aidée sont celles qui ont connu l'addiction* » ; le partage d'expérience ; être en lien avec des gens qui savent ce que c'est d'avoir envie de consommer ; pouvoir sortir de l'institution en ayant des personnes à qui je peux m'adresser ; pouvoir redonner à autrui comme ceux qui nous ont donné. Parmi les autres facilitateurs identifiés par les usagers : les lieux de consommation à moindre risque ; être informé sur les médicaments et les effets des abus des médicaments ; se sentir accueilli même si on se shoote, même si on rechute ; le sleep-in, notamment pour les femmes et les crackeurs ; construire son projet personnel et avoir du soutien pour le mettre en œuvre ; sentir qu'on a confiance en nous, qu'on croie en la possibilité de s'en sortir, même après de nombreuses tentatives ; les cures qui permettent de faire une pause pour se poser, pour faire le bilan tout en étant accompagné quand ça flanche ; avoir un projet, de l'ambition, du courage ; l'estime de soi, croire en soi ; s'appuyer sur son expertise d'expérience pour mieux avancer : « *d'avoir frôlé la mort, cela fait prendre conscience de notre fragilité et cela aide ensuite* » ; la famille qui vous soutient ; avoir des enfants ;

*Certains thèmes identifiés
comme facilitateurs par les
professionnels n'ont pas été
évoqués par les usagers.*

trouver l'amour ; les aides sociales ; la création artistique et le fait que le mélange des différents milieux par les activités culturelles permet de déstigmatiser.

LES OBSTACLES DANS LE PARCOURS DE RÉTABLISSEMENT

Tout comme pour les facilitateurs, en ce qui concerne les obstacles dans le parcours de rétablissement, un ensemble de thèmes identifiés par les professionnels l'ont été également par les usagers : l'addiction aux traitements de substitution, se sentir piégé ; un suivi trop focalisé sur l'addiction voire même qui s'arrête si la personne arrête de consommer ; la perte d'espoir, l'idée qu'on est foutu, la difficulté de se projeter dans l'avenir ; retourner dans sa famille d'origine et confronter ses réactions, la famille qui ne croit plus en la personne, la famille jugeante ; retourner dans son territoire, son milieu avec les « amis » qui t'attendent ; l'isolement seul dans un logement, la solitude ; la stigmatisation, le jugement négatif, y compris dans le système de soins : « *Il y a plein de gens qui se trouvent tout seuls face à des attitudes stigmatisantes dans le système de soins. Il devient d'autant plus difficile à en comprendre le fonctionnement* ».

Comme pour les facilitateurs, certains obstacles ont été évoqués par les professionnels mais non pas par les usagers. La grande majorité de ces thèmes spécifiques aux professionnels concernaient l'offre de soins en addictologie. En premier lieu, les critères d'accès à chaque type de

service engendreraient souvent une contradiction entre la pertinence des spécificités de chaque structure et la multiplicité des besoins de chaque usager face à la jungle de l'offre, avec comme résultat que souvent ces derniers vont là où ils trouvent une place, une écoute quelconque, questionnant ainsi fortement l'intérêt d'avoir trop de structures trop spécialisées. Ensuite, ont été identifiés comme obstacles : le fait de perdre sa place en résidentiel si on consomme ; un accompagnement souvent trop limité dans le temps ; le réseau de soins qui enferme la personne dans un monde à part ; les soins résidentiels qui isolent la personne ; le cloisonnement des dispositifs ; des professionnels qui projettent leurs projets sur l'utilisateur ; le milieu de la consommation qui a toujours un temps d'avance sur les professionnels.

De nombreux obstacles ont été évoqués par les usagers mais non pas par les professionnels. En ce qui concerne les soins en addictologie, les usagers identifiaient comme étant problématiques : la stigmatisation des centres d'addictologie : « *C'est comme les sexshops, on n'ose pas entrer par peur d'être vu* » ; les centres d'addictologie qui sont fermés le matin ; les hôpitaux où le personnel n'est pas formé sur l'addiction ; le manque d'écoute, le manque de sollicitude chez de nombreux soignants ; la méconnaissance des troubles associés à la toxicomanie : « *Le toxico avec des problèmes de mémoire qui est exclu d'un centre*

d'addictologie pour avoir loupé un rendez-vous » ; le fait d'arriver défoncé à un rendez-vous : « *Certains toxicos sont virés d'un centre car ils sont trop toxicos - quel paradoxe !* » ; l'organisation des salles de shoot : « *Dans certaines, il faut prendre rendez-vous !* » ; les cures fermées ; les cures quand d'autres usagers ramènent des produits ; les ruptures de suivi dans l'accompagnement ; les déceptions sur moi, sans moi ; ne pas avoir de référent unique.

D'autres obstacles décrits par les usagers concernaient non pas le système de soins mais plutôt leur vie personnelle, familiale et sociale : le manque de confiance en soi, la victimisation ; les familles désemparées : « *Souvent les familles ne savent pas ce que c'est l'addiction et jusqu'où ça peut mener. Elles ne la voient pas venir et ensuite se sentent démunies* » ; les familles difficiles : « *Quand on est adulte, on peut fuir sa famille pour des raisons justes. Dans ces cas, l'impliquer dans le soin peut poser problème* » ; la précarité sociale en termes de logement, de travail, de revenu ; les arrêts de travail, qui renforcent la solitude et l'isolement, et donc la consommation. Les décalages entre le système de justice et la politique de soins en termes de réduction des risques sont clairement problématiques : la police qui manque de formation : « *Souvent elle casse ou subtilise ton matériel de consommation devant toi, ce qui est très contradictoire en termes de santé publique* » ; la détention qui fait reculer la personne dans son processus de rétablissement. Finalement, c'était aussi le focus group des usagers qui a pointé les obstacles liés au manque de communication et d'information auprès de l'ensemble de la population sur les risques liés à la drogue : « *les usagers, les personnes concernées, sont informées quand c'est déjà trop tard* ».

LES RECOMMANDATIONS POUR LA POLITIQUE DES SOINS

Les recommandations faites par les deux focus groups pour améliorer la politique de soins et faciliter le rétablissement des usagers de produits illicites étaient clairement liées aux constats faits lors des débats sur les facilitateurs et les obstacles au sein de chaque groupe.

Comme pour les facilitateurs et les obstacles, un ensemble de recommandations faites par les professionnels l'ont été également par les usagers. En ce qui concerne la réduction des risques, les professionnels soulignaient la nécessité de continuer à réaffirmer la légitimité de l'approche par la réduction des risques, d'harmoniser les discours du sanitaire et du social sur la réduction des risques et la question de l'abstinence et d'optimiser l'articulation entre les structures sanitaires et sociales à cet égard. Pour les usagers, s'il est clairement essentiel d'avoir des lieux où on est accepté en tant que consommateur voire de créer davantage de centres uniquement dédiés à la consommation, avoir un meilleur accueil des usagers de produits

dans le système de soins en général serait une priorité majeure. Il s'agit de conscientiser l'ensemble de la société, dont bien évidemment les professionnels de soins, que ce n'est pas la fin du monde de consommer, « *qu'on soit accueilli même si on se shoote, même si on rechute ; qu'on se sente accueilli, non pas juste jugé* ».

Ensuite, les deux groupes insistaient sur l'accompagnement à long terme, avec un système de soins davantage à l'écoute des usagers et davantage réactif à leurs besoins qui évoluent dans le temps. Comme l'ont exprimé les usagers : « *Il faut des accompagnateurs qui croient en nous, et en notre projet personnel ; il faut « aller vers » ; il faut entrer plus longuement dans le relationnel* ». Pour les deux groupes, il serait souhaitable que les familles soient elles aussi mieux informées et mieux accompagnées sur l'addiction : « *Que leur soit expliqué le sens du parcours de*

soins et tout ce qui va autour, qu'elles sachent ce qui se passe ». En ce qui concerne la relation de l'utilisateur avec ses pairs, si les usagers insistaient sur le fait de créer davantage de rôles pour les pairs aidants, les professionnels se limitaient à recommander le travail avec les réseaux de pairs pour éviter l'isolement, sans évoquer spécifiquement la pair-aidance. Un dernier thème où les deux focus groups

étaient d'accord : il faudrait davantage de travail avec les quartiers de proximité. Du côté des usagers, les structures d'accueil devraient être plus ouvertes et communiquer davantage avec les quartiers environnants ; pour les professionnels, il s'agissait surtout de mieux accompagner le milieu social de l'utilisateur au niveau de son territoire de vie.

Les recommandations spécifiques aux professionnels étaient largement centrées sur l'importance d'une approche holistique dans l'accompagnement et les soins. Une politique de réduction des risques avec traitement de substitution ne doit pas oublier l'importance d'accompagner les autres besoins des personnes : il faut davantage travailler par exemple sur l'accès à l'emploi ; en termes de logement, tout en promouvant les soins résidentiels, il ne faut pas oublier l'importance de l'accès à un chez soi ; enfin, il faut davantage prendre en compte les problèmes somatiques d'une population addict vieillissante.

Pour les usagers, les recommandations qui leur étaient spécifiques concernaient largement la question de l'accès aux soins : avoir de plus petites structures dans un maximum de quartiers plutôt qu'une seule grosse structure ; avoir une multiplicité de points d'accès aux kits de consommation. La question d'avoir des horaires d'ouverture des centres mieux adaptés aux besoins des personnes était un enjeu majeur : la descente brutale du crack par exemple serait mieux gérée, cela éviterait de vouloir reconsommer, d'effrayer les gens qui vont au travail, les enfants qui vont à l'école ; pouvoir se laver et être propre avant un rendez-vous important aident énormément dans un projet de réinsertion sociale. D'autres recommandations

*La stigmatisation des
centres d'addictologie :
« C'est comme les sexshops,
on n'ose pas entrer par peur
d'être vu ».*

des usagers incluait de créer davantage d'appartements thérapeutiques, proposer davantage d'activités artistiques dans l'accompagnement et, sur un tout autre niveau, informer davantage tous les citoyens, au niveau national, en matière de prévention.

CONCLUSION

Si de nombreux thèmes abordés par les deux focus groups concernent la qualité de l'accueil et la consolidation de la politique de réduction des risques, la prise en compte des déterminants sociaux dans une approche véritablement holistique, qui ne se limite pas à la seule addiction, reste

un enjeu majeur. Avoir un travail, avoir une famille qui vous soutient, avoir une vie sociale de qualité, avoir un logement, avoir une activité artistique, vivre dans une société où tout citoyen a été sensibilisé aux problèmes d'addiction, seraient des facilitateurs importants dans le parcours de rétablissement d'un usager de drogue. Le constat dans l'étude actuelle de l'importance de la pair-aidance pour le focus group des usagers alors que les professionnels n'ont même pas évoqué cette question est cependant frappant et mérite davantage d'études.

Contacts: tim.greacen@ghu-paris.fr
antoine.simon1976@gmail.com



**ANNONCE
AG 2020**

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTES

En raison du COVID-19, l'assemblée générale en présence et le colloque tels que prévus en Valais sont annulés.

Ils sont remplacés par une assemblée générale virtuelle qui aura lieu : **le 5 juin 2020 de 14h00 à 16h00 par visioconférence.**

Les membres du GREA recevront l'invitation ainsi que toutes les informations nécessaires à la connexion par mail.

**VENDREDI 5 JUIN 2020
AG PAR VISIOCONFÉRENCE**

www.grea.ch

L'INTERVENTION PAR LES PAIRS AUPRÈS DES PARENTS QUI CONSOMMENT DES DROGUES : UNE APPROCHE NOVATRICE POUR SOUTENIR LES FAMILLES

Sarah Bell (Université de Montréal)

Travailleuse sociale hors murs pendant une dizaine d'années à Rel'aids, l'auteure étudie actuellement au Canada les dynamiques de rétablissement et l'intervention par les pairs en Amérique du Nord. Dans cet article, elle nous décrit la situation particulière des parents consommateurs. Elle fait ici une synthèse entre connaissances académiques sur le sujet et expériences locales romandes, notamment le projet des « mamans de choc ». Elle plaide pour une meilleure inclusion des pairs dans les interventions auprès des parents et souligne le bénéfice concret à travailler dans une logique de partenariat.

Dans la rue comme travailleuse sociale hors murs, j'ai rencontré au quotidien des parents aimants, battants, très souvent souffrants, mais surtout d'une grande générosité quand il s'agissait de partager leur vécu de parent. Ils n'ont pas cessé de m'inspirer avec leur humour, leur justesse et leur solidarité. Ces parents étaient des véritables funambules du quotidien, des jongleurs de responsabilités, des magiciens capables de sortir de leurs chapeaux une énergie et un courage remarquables. Lorsque ma propre « aventure » de maman a commencé, ils étaient toujours présents pour donner un mot d'encouragement ou pour partager des expériences communes. Dans ce cadre, j'ai eu la grande chance de suivre de près le projet des Mamans de Choc, un groupe de mères qui consomment ou ont consommé des drogues. Ces mères se mobilisent pour une meilleure prise en compte de la parentalité des personnes qui consomment des drogues.

En 2009, ma collègue, Patricia Fontannaz, travailleuse sociale hors murs au Rel'Aids (Fondation Le Relais), et quelques femmes rencontrées dans la rue ont initié le *café des mamans*, un espace informel et solidaire pour échanger et se soutenir entre mères qui consomment ou qui ont consommé des drogues. De cet espace de partage est né le groupe des *Mamans de Choc* et, dix ans plus tard, ces femmes sont toujours des pionnières dans le développement d'actions pour soutenir la parentalité de leurs pairs. Elles ont réalisé de nombreuses actions,

notamment un film de sensibilisation qu'elles présentent aux professionnels et aux étudiants (une cinquantaine de présentations à ce jour), une recherche-intervention sur la question de la parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud et, actuellement, une réflexion collective pour mettre en place des interventions par les pairs avec différents partenaires du réseau. Ce projet mobilisateur a rendu visible, pour moi, la richesse du savoir expérientiel de ces parents et l'importance de soutenir des projets de mise en place d'intervention par les pairs dans ce domaine.

LA PARENTALITÉ ET LA CONSOMMATION DE DROGUES : UNE RÉALITÉ À MULTIPLES DÉFIS

Les parents qui consomment des drogues et leurs enfants sont des personnes qui peuvent être confrontées à de nombreux défis, qu'ils soient personnels, économiques, sociaux et/ou systémiques. Ils ont un taux de signalement aux services de protection de la jeunesse, ainsi qu'un taux de séparation avec leurs enfants, plus haut que les parents non-consommateurs [1]. Ces séparations vont avoir de grands impacts sur leur santé, leur consommation et leur inclusion sociale. Très souvent, les parents vivent ces séparations comme des événements traumatisants qui ont des conséquences durables dans leur vie et celles-ci engendrent régulièrement une augmentation de la consommation de drogues, des maladies psychiques, des symp-

tômes de stress post-traumatiques et des comportements autodestructeurs. Ces parents portent également le fardeau de la stigmatisation et de la désapprobation sociale [2,3].

Les mères sont particulièrement touchées par les effets de la stigmatisation et de la criminalisation des drogues. Perçues comme « déviantes » dans une maternité qui est au croisement de normes médicales, pénales, sociales et de genre, l'image de la « mauvaise mère toxicomane » leur colle trop souvent à la peau. Cela même après des années d'abstinence, avec une consommation contrôlée ou pendant un traitement de substitution [4].

Une partie de la littérature affirme une relation positive entre la consommation de drogues des parents et des risques accrus de maltraitance envers les enfants. Cependant, d'autres auteures nous rappellent qu'il faut demeurer prudent avant de faire des relations causales entre consommation et maltraitance. Les situations de ces familles sont complexes et comportent des facteurs des vulnérabilités socio-économiques qui peuvent avoir un grand impact sur le risque de maltraitance [5]. Pour cette raison, il est important de privilégier un regard systémique et intersectionnel sur leurs situations.

Les perceptions négatives et la stigmatisation ont un effet hautement dissuasif sur les parents dans leur recherche de soutien. Ils peuvent ainsi éviter d'accéder à des traitements ou interrompre précocement ces derniers par peur de perdre leurs enfants. Peu de programmes de traitement et de soins pour les problèmes d'abus de substances sont organisés autour de la réalité des femmes, des mères et/ou des parents. Sans offre de garde d'enfant ou de programmes résidentiels incluant les enfants, la situation crée un frein majeur pour entreprendre des démarches d'aide ou de soins [6, 7].

Malgré ce tableau sombre, ces parents sont loin d'être des victimes dépourvues de ressources. Quand nous prenons le temps de les écouter, nous constatons qu'ils mettent en œuvre des stratégies, des compétences, de l'humour et une grande résilience face à l'adversité. Leur rôle de parent et le bien-être de leurs enfants sont d'une grande importance et ces derniers sont au centre de leurs préoccupations. Leurs expériences démontrent l'importance de développer des interventions novatrices, mobilisatrices et émancipatrices afin de répondre à leurs besoins.

L'INTERVENTION PAR LES PAIRS AUPRÈS DE PARENTS CONSOMMATEURS

Les projets de pairs aidants sont relativement nouveaux dans le domaine de la parentalité des personnes qui consomment des drogues. Cependant, des projets inté-

ressants ont été développés cette dernière décennie en Amérique du Nord.

Aux États-Unis, de nombreux services de protection de la jeunesse ou de centres de prise en charge des dépendances forment et engagent des pairs aidants. Quelques exemples sont le programme *START*¹ ou le *Mentor Parent Program*² qui existent dans de nombreux États. À Edmonton, au Canada, *The Boyle Street Community Center*³ forme et engage des pairs aidants pour accompagner des futures mères qui consomment et qui sont en situation de grande vulnérabilité. Le groupe d'autosupport *Community Action*⁴ for Families à Toronto offre un espace de partage, d'entraide et de mobilisation par et pour les parents qui consomment des drogues.

L'intervention par les pairs fonctionne sur une base volontaire et s'adresse à des individus, des familles ou des groupes. L'accompagnement est basé sur les besoins et les envies des parents et les pairs aidants remplissent, par conséquent des tâches très diverses. Ils aident les parents à faire le lien avec différentes ressources dans la communauté (logement, alimentation, habits, etc.) et ils facilitent le lien entre les parents et les différents intervenants qui les entourent. Souvent, ils servent de « traducteurs » pour aider les parents à mieux saisir le jargon professionnel tout en accompagnant les parents à mieux comprendre leurs droits et à revendiquer le respect de leur dignité. Surtout, ils offrent un espace de soutien basé sur la réciprocité d'expériences et sur le non-jugement qui permet aux parents de s'exprimer autrement ou sur d'autres sujets qu'avec d'autres intervenants.

Sur le plan de la consommation de psychotropes, les pairs aidants offrent un accompagnement et un encouragement sur le plan de la réduction des risques et/ou de la consommation. Ils sont source d'espoir, car ils ont connu des difficultés semblables dans le passé. Leur accompagnement ouvre un espace de non-jugement et de co-construction pour partager des craintes, des difficultés, des victoires et des techniques de prévention de la rechute. En outre, les pairs aidants offrent un soutien précieux dans le parcours de rétablissement des parents en renforçant les passerelles vers les services de traitement des dépendances.

L'INTERVENTION PAR LES PAIRS : UNE APPROCHE QUI FAIT SES PREUVES

Avec le recul d'une décennie, l'intervention par les pairs a démontré apporter des résultats hautement prometteurs pour tous les acteurs concernés.

Plusieurs recherches démontrent que les pairs aidants accompagnent les parents à sortir d'une isolation sociale

1. <https://chfs.ky.gov/agencies/dcbs/oc/Pages/start.aspx>

2. https://www.sccdac.org/?page_id=85

3. <https://www.boylestreet.org/site-community-centre>

4. <http://www.communityactionforfamilies.com/>



et à expérimenter des relations sociales positives. Il est également souligné que l'intervention par les pairs augmente les capacités des parents à faire face au stress et à agir suite à un placement d'enfant. En accompagnant les parents à croire en leur potentiel de réussite, les pairs aidants renforce l'*empowerment* et favorise l'implication des personnes dans les décisions qui les concernent. En outre, des recherches [9, 10] suggèrent que les parents qui bénéficient de soutien d'un pair aidant ont un taux de réunification plus élevé que ceux qui n'en bénéficient pas et les taux de maltraitance ou de négligence sont amoindris pour la suite. Cela s'explique notamment par le fait que ces interventions renforcent les compétences parentales, le pouvoir d'agir et les capacités des parents à gérer leur consommation.

Certaines études [11] montrent que cette forme d'intervention procure également des résultats positifs pour les pairs aidants eux-mêmes. Ils retirent une grande satis-

faction de leur activité et estiment qu'il est d'une grande importance personnelle. Leurs savoirs expérientiels sont sollicités et valorisés, ce qui a un grand impact sur leur estime de soi. Les pairs aidants expriment qu'ils apprécient faire partie des équipes et qu'ils se sentent comme des alliés des différents intervenants. Les programmes de pairs aidants offrent également un développement professionnel pour des personnes, souvent loin du marché de l'emploi, en ouvrant des possibilités de formation, d'emploi et de réseautage. Pour des personnes qui peuvent avoir une situation socio-économique précaire, peu d'éducation, un manque d'expérience professionnelle et des casiers judiciaires, ces postes constituent une plus-value pour leur intégration sociale et professionnelle.

La collaboration entre des pairs aidants et les autres professionnels peut changer les attitudes et les habitudes des équipes et ainsi participer à la réduction de la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues.

La collaboration entre pairs aidants et autres professionnels peut changer les attitudes et les habitudes des équipes et participer à la réduction de la stigmatisation des personnes qui consomment.

Les professionnels qui travaillent avec les pairs aidants estiment que cette collaboration améliore la qualité des partenariats qu'ils construisent avec les parents. La complémentarité de rôles encourage chacun à apporter un regard plus sensible et pertinent sur les familles accompagnées. Finalement, les pairs aidants peuvent contribuer à une sensibilisation sociétale plus large en participant à des comités/groupes de travail, à des formations et en interagissant dans la communauté ou dans d'autres services. Cette sensibilisation peut contribuer au développement de politiques en protection de la jeunesse et en traitement des dépendances plus pertinentes et plus adaptées aux réalités des personnes concernées [12].

L'INTERVENTION PAR LES PAIRS EN PARENTALITÉ: BESOINS, DÉFIS ET PERSPECTIVES

Afin de garantir que les interventions par les pairs aidants soient pertinentes pour tous les acteurs concernés, il est essentiel de tenir compte des bonnes conditions pour la mise en place de ces projets. La recherche dans le domaine donne des pistes telles que :

- offrir une formation de qualité ainsi qu'une supervision régulière aux pairs aidants ;
- proposer un cahier des charges sans mandat de surveillance permettant ainsi aux pairs aidants de construire une relation de confiance avec les parents ;
- bien définir et respecter les rôles de chaque professionnel impliqué et veiller à une bonne collaboration dans les équipes ;
- donner une place, sans pseudo-partenariat, aux pairs aidants et leur accorder du temps et du respect ;

- encourager des pratiques institutionnelles qui se basent sur les forces des parents et qui favorisent leur implication dans les décisions, autant personnelles que structurelles ;
- avoir une direction dynamique et convaincue de l'apport de l'intervention par les pairs.

La littérature fait ressortir un certain nombre de défis liés aux projets de pairs-aidants auprès des parents qui consomment des drogues. Elle souligne que le rôle de pair aidant peut être difficile à définir et qu'il existe souvent un manque de reconnaissance des savoirs expérientiels. Les postes de pairs aidants n'offrent pas toujours des bonnes conditions de travail et les institutions font face à des manques de financement pour mettre en place ces interventions [13]. Il est aussi à relever que, sans un contexte de travail sécurisant et soutenant, les pairs aidants peuvent être à risque de vivre de la souffrance dans leur poste ainsi que des obstacles à leur propre rétablissement.

Au vu des résultats encourageants que nous venons de voir, cette approche d'intervention auprès des parents consommateurs mérite d'être réfléchi et soutenue. Malgré les défis à surmonter, des réflexions et des actions sont déjà entamées en Suisse romande depuis plusieurs années, en grande partie grâce à la ténacité des *Mamans de Choc* et de professionnels alliés. Par conséquent, différentes formes d'interventions par les pairs commencent à voir le jour dans le canton de Vaud. Par la suite, nous pouvons espérer qu'elles pourraient servir d'inspiration et d'exemple pour le développement de cette approche dans d'autres régions.

Contact: sarah.bell@umontreal.ca

Bibliographie

- [1] Simmat-Durand L, Genest L & Lejeune C. Les séparations des mères consommatrices de substances psychoactives de leurs enfants : résultats dans une cohorte rétrospective française. *Psychotropes* 2012, 18: 123-149.
- [2] Kenny K S & Barrington C. "People just don't look at you the same way": Public stigma, private suffering and unmet social support needs among mothers who use drugs in the aftermath of child removal. *Children and Youth Services Review* 2018, 86: 209-216.
- [3] Wall-Wieler E, Roos L L, Bolton J, Brownell M, Nickel N C & Chateau D. Maternal health and social outcomes after having a child taken into care: population-based longitudinal cohort study using linkable administrative data. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2017, 71: 1145-1151.
- [4] Simmat-Durand L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société* 2007, 31: 305-330.
- [5] Kepple N J. Does parental substance use always engender risk for children? Comparing incidence rate ratios of abusive and neglectful behaviors across substance use behavior patterns. *Child Abuse & Neglect* 2018, 76: 44-55.
- [6] Colombo A & Fontannaz P. *La parentalité en situation de toxicodépendance dans le Canton de Vaud: Mieux la comprendre, mieux l'accompagner* [Rapport de la recherche-intervention]. Lausanne: La Fondation Le Relais; 2016
- [7] Mendrek A. Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie? *Santé mentale au Québec* 2014, 39: 57-74.
- [8] National Center on Substance Abuse and Child Welfare, The Use of Peers and Recovery Specialists in Child Welfare Settings, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&resrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjV4fbg-YLoAhWEyKYKHckLDzwQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fncsacw.samhsa.gov%2Ffiles%2Fpeer19_brief.pdf&usq=AOvVaw1Ljq9Dzg5q6tYbOIIm5AnS (2019: 05.03.2020).

POST SCRIPTUM

VERS UNE NORMALISATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DU SYNDROME DE DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES ?

*Olivier Simon, René Stamm, Robert Hämmig, Willem Scholten, Cheryl Dickson, Valérie Junod**

Les médicaments opioïdes prescrits à long terme dans le cadre du syndrome de dépendance aux opioïdes ont longtemps été qualifiés de « traitements de substitution » et compris comme le remplacement d'une substance (« drogue ») « de rue » par une substance mise à disposition par l'État. C'est une des raisons pour laquelle des régimes spéciaux d'autorisation, appliqués en sus des procédures ordinaires d'homologation du médicament et de supervision des professionnels, ont été introduits, avec pour effet d'entraver l'accès au traitement. La charge médico-administrative liée aux régimes d'autorisation préalable devrait être réduite au profit d'un renforcement de l'encadrement « ordinaire » du médicament et des professionnels (agence du médicament, commissions de déontologie).

La méthadone et la buprénorphine figurent depuis 2005 sur la Liste modèle des Médicaments essentiels de l'OMS. Dès lors, pour respecter le droit fondamental à la santé, chaque pays devrait en garantir la disponibilité effective [1]. Pour que ces médicaments soient déployés de manière adéquate, ils doivent s'insérer dans un cadre réglementaire approprié. Celui-ci détermine tant le degré d'accès que la qualité de la mise en œuvre du traitement. Pourtant, si l'efficacité et les bénéfices de ces médicaments ont été largement démontrés par des études cliniques et de santé publique, pareilles preuves n'existent pas s'agissant du cadre réglementaire. Seuls de rares travaux de droit comparés sont disponibles, la plupart se bornant à décrire la situation sans l'évaluer ni la critiquer [2]. Il y a lieu de relever que l'évaluation des politiques publiques nécessite des méthodes de recherche interdisciplinaires, en partie différentes de la recherche épidémiologique ou juridique.

Le Groupe Pompidou s'est donc interrogé sur la nécessaire adaptation des conditions cadres relatives aux traitements du syndrome de dépendance aux opioïdes avec prescription de médicaments opioïdes (ci-après traitements agonistes opioïdes ou TAOs). Il a voulu soutenir les autorités publiques nationales dans leur effort de modernisation des réglementations, en leur fournissant les connaissances scientifiques les plus récentes, mais aussi les fondements éthiques et juridiques reconnus en matière de santé. C'est

ainsi qu'un groupe d'experts de la santé et du droit a été mandaté par le Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe) et vient de publier son rapport.

BRÈVE HISTOIRE DES TAO

La prescription à long terme de morphine ou d'autres opioïdes dans le traitement de ce qui était dénommé jadis le « morphinisme » est une pratique ancienne. Au début du 20e siècle, de nombreuses cliniques spécialisées basées sur ce concept ont vu le jour. Mais, pendant l'entre-deux-guerres, l'approche a changé en raison des mouvements prohibitionnistes: ces cliniques spécialisées ont été fermées, parfois du jour au lendemain et avec des conséquences sanitaires dramatiques. Seul le Royaume-Uni, grâce au Rolleston Committee (1926), a continué à admettre la prescription à long terme de morphine ou d'héroïne pharmaceutique, alors qu'ailleurs cette approche disparaît quasiment du champ de la connaissance médicale « officielle ». Elle réapparaît vers la fin des années 60 aux États-Unis, alors que le pays subit une épidémie de consommation d'héroïne. Dole et Nyswander proposent alors la prescription de méthadone fondée sur l'hypothèse métabolique de déficit opioïde endogène (concept de « maintenance ») [3]. Malgré des résultats probants, l'administration Nixon fait barrage à l'homologation de la méthadone par l'agence du médicament dans une telle indication. Naissent alors des régimes d'autorisation préalable obligeant les médecins

*Au nom du groupe d'experts et groupe d'édition du rapport final du projet TDOLEG, relatif aux conditions cadres des traitements agonistes opioïdes, mandat du Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe) et de l'Office fédéral de la santé publique.

désirant prescrire ces traitements à satisfaire à des conditions supplémentaires censées prévenir le « deal en blouse blanche ». C'est ce modèle qui sera repris par la plupart des pays, dont la Suisse.

Dans les années 80, l'épidémie de sida a amené à reconsidérer l'opportunité de prescrire la méthadone aux personnes souffrant d'un syndrome de dépendance aux opioïdes. Face à un corps médical divisé, les dispositifs d'autorisation spéciaux ont cependant continué à restreindre la prescription. Encore aujourd'hui, les procédures que ces dispositifs imposent s'écartent des règles qui gouvernent l'administration de pratiquement tous les autres traitements médicaux, règles d'ordinaire fondées sur l'homologation des médicaments et la pharmacovigilance. Le terme « substitution » ou encore « remise médicalisée » reflète cette ambiguïté historique [].

UNE PRÉSÉANCE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS TRÈS RELATIVE

Le conflit entre le droit à l'accès aux soins de santé et l'actuel système répressif de contrôle des substances, certes ancien, recèle de nombreuses difficultés. En effet, le droit à la santé n'offre en général pas un droit justiciable permettant à une personne de faire primer ses intérêts à accéder au traitement sur d'autres intérêts publics, par exemple l'intérêt à sanctionner une consommation ou un trafic pénalement réprimé. L'absence de tribunaux internationaux habilités à condamner un État en raison d'une politique d'accès aux soins inadéquate relativise également la portée pratique du droit à la santé. De plus, le droit international n'aménage pas de hiérarchie entre les différentes normes de droit international, à l'exception d'un nombre limité de règles bénéficiant d'une priorité absolue (*jus cogens*, comprenant par exemple l'interdiction de la torture), dont le droit à la santé ne fait en général pas partie.

Cependant, le droit à la santé est renforcé par d'autres droits et libertés. Ainsi, il va de pair avec notamment le droit à la vie, le droit au respect de la vie privée, le droit à la liberté d'expression, l'interdiction de la torture et des traitements dégradants, le droit à des tribunaux impartiaux, le droit de participation politique et les principes de non-discrimination, de proportionnalité []. Certains de ces autres droits sont davantage justiciables. C'est ainsi qu'en Europe, la Cour européenne des droits de l'homme a fait avancer le droit à la santé en se fondant sur d'autres libertés fondamentales (par exemple arrêt *Wenner vs Germany* condamnant l'Allemagne en septembre 2016 pour déni d'accès au TAO en détention).

On ajoutera encore que l'analyse des déterminants sociaux a montré à quel point l'état de santé individuel comme populationnel peut être influencé par d'autres paramètres que l'accès aux prestations de santé. En effet, il dépend largement de la réalisation d'autres droits, dont l'accès au logement, l'accès à l'éducation et l'accès à un travail correctement rémunéré [].

Malgré certaines lacunes du droit international liées à sa justiciabilité relative, il demeure néanmoins un élément

d'orientation très important, notamment grâce à la pression qu'exercent sur cette base les organisations internationales, les ONG, des associations d'usagers ou de professionnels ainsi que les médias.

Selon l'OMS, 5,5 milliards de personnes vivent dans des pays qui n'offrent guère d'accès aux médicaments sous contrôle, en particulier aux médicaments opioïdes. Cet accès insuffisant s'explique par des obstacles législatifs et politiques, mais aussi par des obstacles liés au manque de connaissance des administrations et des professionnels de la santé, des obstacles liés aux attitudes négatives de la société ainsi que - non des moindres - des obstacles économiques et financiers []. En Suisse, en matière de TAO, trois aspects sont particulièrement sensibles: assurer la formation adéquate de tous les soignants, minimiser le détournement des opioïdes prescrits et garantir la protection des données.

RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES DU GROUPE POMPIDOU

En l'absence de littérature scientifique robuste, le groupe Pompidou a élaboré ses recommandations en suivant une approche dite Delphi. Cette méthode vise à recueillir et élaborer l'avis d'un panel d'experts indépendants []. Elle permet de structurer les discussions du panel par le biais d'un questionnaire soumis à de multiples reprises au groupe, le plus souvent de manière anonymisée, jusqu'à l'obtention d'un consensus. Quatre réunions entre 2014 et 2017 ont réuni 16 experts de la santé et du droit issus de pays membres du Groupe Pompidou et de son réseau de coopération MedNET (Algérie, Belgique, France, Grèce, Liban, Lituanie, Maroc, Portugal, Slovénie, Suisse, Tunisie, Turquie). 62 principes directeurs ont ainsi été identifiés puis ont fait l'objet d'une consultation publique.

À partir de ces « Principes directeurs », le groupe d'experts s'est attaché à identifier quatre recommandations stratégiques reproduites ci-après [].

Recommandation n°1 : Prescription et remise sans régime d'autorisation préalable

Les mécanismes du droit du médicament en matière d'autorisation et de supervision du marché offrent la marge de manœuvre nécessaire pour garantir la sécurité des prescriptions et leur conformité aux Conventions internationales sur les substances placées sous contrôle. A l'inverse, les régimes d'autorisation préalable représentent avant tout l'héritage d'une époque révolue où les TAO relevaient de prescriptions off label et étaient compris davantage comme mesures de réduction des risques que comme traitement médicamenteux à part entière. C'est pourquoi ces régimes aujourd'hui dépassés doivent être supprimés. Un régime déclaratif a posteriori est suffisant pour éviter les doubles prescriptions et garantir la récolte de données épidémiologiques.

Recommandation n° 2 : Suppression effective des barrières financières

Même dans les pays présentant des taux de couverture élevés, il subsiste des populations particulièrement vul-

nécessaires et difficiles à atteindre. Leur non-accès effectif aux soins est à la fois un défi éthique et un risque pour la santé publique, d'autant plus que, sur le plan économique, la mise à disposition des TAO conduit à une baisse avérée des coûts sociaux directs, indirects et intangibles, baisse excédant largement le coût global des traitements. Un mécanisme de prise en charge financière renforcée se justifie donc pleinement pour encourager l'accès aux soins chez ces personnes.

Recommandation n°3: Coordination et suivi par une instance nationale consultative

Chaque État est invité à créer ou aménager une instance nationale consultative, le cas échéant en adaptant le cahier des charges d'une instance préexistante. Une telle instance permet de soutenir dans la durée l'évaluation de la réglementation, tout en identifiant les difficultés résiduelles nécessitant la poursuite ou la réinstauration de mesures spéciales ciblées et strictement nécessaires. Son indépendance et sa transparence doivent être garanties, notamment dans sa composition, son budget, son agenda. Ses travaux doivent faire l'objet de rapports publics.

Recommandation n°4: Terminologie neutre, précise et respectueuse des personnes

Le domaine des dépendances emploie de nombreux termes ambigus, mais pourtant couramment utilisés par les professionnels, les administrations et les institutions internationales. L'abandon prôné ici du qualificatif de « traitement de substitution » au profit de la notion de « traitement agoniste opioïde » est à cet égard emblématique. Les terminologies utilisées dans les documents institutionnels et réglementaires devraient faire l'objet de révisions périodiques afin de vérifier que celles-ci demeurent correctes, précises et respectueuses.

ET EN SUISSE ?

L'implémentation des recommandations dépend de chaque contexte politique national. En Suisse, la réglementation des TAOs est largement ancrée dans la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) et son ordonnance, bien que, en tant que médicaments, les opioïdes prescrits dans ce cadre relèvent par ailleurs de la Loi fédérale sur les produits thérapeutiques.

En attendant de faire évoluer la LStup elle-même, il importe dès maintenant de réévaluer et minimiser la charge médico-administrative à la fois des praticiens, mais également des Médecins et Pharmaciens cantonaux, tout en accentuant le rôle des autorités ordinaires que sont l'agence du médicament (Swissmedic) et les commissions de déontologie. Aujourd'hui, ces dernières n'ont de facto aucune responsabilité en matière de TAO, alors qu'il existe un réseau d'experts de médecine de l'addiction très dense en mesure de les seconder dans cette tâche.

En second lieu, une instance indépendante devrait être mandatée pour émettre des recommandations publiques régulières, sur la base d'un monitoring épidémiologique renforcé, complété par des mécanismes de remontée d'information du terrain, depuis les cantons. La nouvelle Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention des maladies non transmissibles, ainsi que les réseaux régionaux de médecine de l'addiction, pourraient contribuer à la réalisation d'un tel mandat.

En troisième lieu, les termes employés dans les documents législatifs (par exemple « traitements basés sur la substitution » et « médicaments stupéfiants ») devraient être remplacés par une terminologie à la fois scientifiquement correcte et éthiquement respectueuse. Ainsi, les termes « traitements (ou médicaments) agonistes opioïdes » et « médicaments (placés) sous contrôle » sont à privilégier. Ce travail peut être largement soutenu par les organisations de spécialistes du domaine, en donnant le bon exemple auprès des autorités et des médias.

Finalement, en Suisse comme ailleurs, on regrette le manque de recherche dans la discipline du Droit, au sujet des médicaments contenant des substances placées sous contrôle. Un tel effort de recherche éclairerait non seulement les enjeux de la prescription d'opioïdes, mais aussi les prescriptions off label d'autres classes de médicaments sous contrôle comme le méthylphénidate, les cannabinoïdes et les benzodiazépines.

Contact: Olivier.Simon@chuv.ch

Bibliographie

- [1] OHCHR, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx> (2010: 05.03.2020).
- [2] EMCDDA, Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10276_EN_substitution_legal.pdf (2003: 05.03.2020).
- [3] Institut de droit de la santé. Traitement de substitution à la dépendance aux opioïdes. Etude de la réglementation de quelques pays francophones. Amey L, Brunner N, Guilloid O. Neuchâtel; 2012.
- [4] Dole V P, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride. *JAMA* 1965;193:646-650
- [5] Mino A. *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*. Berne: Office Fédéral de la Santé Publique, 1990.
- [6] WHO, 25 questions-réponses sur la santé et les droits humains, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42631/9242545694_fre.pdf;sequence=1 (2003: 05.03.2020).
- [7] Wilkinson R G & Marmot M. *Les déterminants sociaux de la santé: les faits*. Copenhague: OMS, 2000.
- [8] WHO, Ensuring balance in national policies on controlled substances, https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/GLs_Ens_Balance_NOCP_Col_EN_sanend.pdf (2011: 05.03.2020).
- [9] Day J & Bobeva M. A generic Toolkit for the Successful management of Delphi Studies. *Electronic Journal of business research methods* 2005; 3:103-116.
- [10] Pompidou Group, Opioid Agonist Treatment. Guiding principles for legislation and regulations. Expert group on the regulatory framework for the treatment of opioid dependence syndrome and the prescription of opioid agonist medicines, <https://rm.coe.int/2017-ppg-15-oat-guiding-principles-final-eng/16808b6d9e> (2011: 05.03.2020).

Termes inappropriés	Problèmes	Formulations suggérées
Distribution	Suggère que l'on ne se situe pas dans le cadre d'un traitement	Remise du médicament ou lorsqu'il s'agit de la prise du médicament : administration
Dépendance	Induit une confusion entre la dépendance physique liée au sevrage et à la tolérance versus le « syndrome de dépendance » qui renvoie à la conduite addictive et à la perte de contrôle	Trouble (classification américaine DSM), Syndrome de dépendance (classification internationale des maladies CIM)
Désintoxication	Simpliste car présente le traitement comme un nettoyage du corps de la substance	En thérapie/suivi médical pour cesser (ou réduire) l'usage de substance psychoactive
Produit de substitution NB : Les documents réglementaires suisses font encore souvent référence au « Traitement basé sur la substitution »	Suggère que l'on remplace une « drogue de rue » par une « drogue d'Etat »	Médicament opioïde pharmaceutique, traitement ou médicament agoniste opioïde, traitement du syndrome de dépendance aux opioïdes
Toxicomane	Stigmatisant. Renvoie de plus à une terminologie psychiatrique obsolète	Personne souffrant d'un trouble lié à l'usage d'une substance (DSM), personne présentant un syndrome de dépendance (CIM)
Médicament stupéfiant Produits stupéfiants NB : Ces termes sont ceux utilisés dans la législation suisse dénommée LStup et ses ordonnances	Réfère à un terme historique en lien avec les conventions internationales. Le terme « stupéfiant » suggère des effets différents des effets cliniques factuels des médicaments et substances concernées NB : Cette terminologie est celle adoptée par l'OMS	Médicament sous contrôle, médicament contenant des substances placées sous contrôle

Exemples de termes identifiés comme problématiques dans le rapport du Groupe Pompidou, et alternatives suggérées. Voir aussi Scholten W, Simon O, Marenmani L, et al. Access to treatment with controlled medicine: Rationale and recommendations for neutral, respectful, and precise language. *Public Health*;2017;153:147-153.

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse

Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupe romand d'études des addictions GREA

Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction en chef

Jean-Félix Savary, GREA - Frank Zobel, Addiction Suisse

Secrétariat de rédaction

Célestine Perissinotto, GREA

Comité de rédaction

Pierre-Yves Aubert, consultant prévention, 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 - Jean-Félix Savary, secrétaire général GREA, Lausanne, Renaud Stachel, consultant en addictions, Lausanne - Ann Tharin, maître d'enseignement, HES-SO, éesp, Lausanne - Frank Zobel, vice-directeur, Addiction Suisse, Lausanne

Abonnements

Claude Saunier, Addiction Suisse, CP 870, 1001 Lausanne, T. 021 321 29 85, F 021 321 20 40, csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

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

Graphisme

SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Images

Shutterstock: photo de couverture; Unsplash: photos p. 3 Nasa; p.6 Andrew Itaga; p.20 Hudson Hintze; p.28 Pine Watt

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.

ISSN 1422-3368

