

DÉCEMBRE 2023 - N° 77

DEPENDANCES



Précarité, santé mentale
et addictions

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA

SOMMAIRE

« PRÉCARITÉ, SANTÉ MENTALE
ET ADDICTIONS »



2

ÉDITORIAL

Camille Robert



3

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET ADDICTIONS

Jean-Michel Delile



8

L'ACCUEIL À BAS-SEUIL FACE AUX DÉFIS DES MÉCANISMES DE VULNÉRABILITÉS

Vincent Masciulli

11

SANTÉ PSYCHIQUE ET CONSOMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES JEUNES DE 15 ANS

Marina Delgrande Jordan



15

INTERVIEW

*Stéphane Cullati
par Camille Robert*



17

VÉCU ET BESOINS DES PROCHES AIDANT·E·S EN SANTÉ MENTALE ET DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS

*Pascale Ferrari, Nathalie Jacquard,
Maude Bertusi, Mélanie Casanova,
Valérie Bujold-Fournier et Graziella
Guido*

26

TAPAJ FRANCE: DIX ANS DE RÉDUCTION DES RISQUES SOCIAUX APRÈS DES JEUNES EN GRANDE PRÉCARITÉ

Jean-Hugues Morales



23

ADDICTION, PRÉCARITÉ, SANTÉ MENTALE: QUELS SONT LES DÉFITS POUR LE CHAMP DU TRAVAIL SOCIAL SPÉCIALI- SÉ DANS LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS

Jean-Julien Rappo



30

INTERVIEW

*Oriana Brücker
par Camille Robert et
Ann Tharin*

33

TOUTES ET TOUS UNI·E·S POUR LA SANTÉ MENTALE À LA MAD PRIDE

Charlène Tripalo

ÉDITORIAL



Au moment de choisir la thématique « Précarité, santé mentale et addictions » en début d'année, la rédaction de *Dépendances* ne se doutait pas que ce sujet serait tant d'actualité au moment de la sortie de ce numéro. Il y avait en effet des indices depuis quelques mois ou années que les questions de santé mentale et de précarité allaient devenir de plus en plus prégnantes : la crise sanitaire du Covid-19 a ainsi jeté une lumière crue sur la pauvreté en Suisse et depuis, les besoins en soutien psychothérapeutiques et psychiatriques ne font que croître. La crise étant passée, la guerre en Ukraine, le dérèglement climatique ou le conflit israélo-palestinien contribuent à leur tour à une atmosphère plutôt anxiogène. L'étude HBSC sur la santé des jeunes, dont une synthèse vous est proposée dans ce numéro, montre que si la majorité des jeunes de 11 à 15 ans se sent bien, une part toujours plus importante se sent déprimée et anxieuse, particulièrement chez les jeunes filles.

Et dans ce contexte, il devient difficile de joindre les deux bouts pour de plus en plus de personnes. Nous avons connu l'année dernière une période de forte inflation qui a atteint un pic à 3% de hausse de l'indice des prix à la consommation. Cette inflation s'est encore poursuivie en 2023. À l'automne, nous apprenions une nouvelle hausse drastique des primes d'assurance maladie, à côté des annonces de hausse de loyers, des prix du gaz

et de l'électricité. Ainsi, tout devient toujours plus cher, sans que la population ne dispose pour autant de plus d'argent pour vivre. La part de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté en Suisse est appelée à augmenter.

La santé mentale et la précarité sont donc deux questions terriblement actuelles. Il ne nous aura pas fallu bien longtemps pour comprendre comment combiner ces deux thématiques dans un seul et même numéro : ainsi, vous le verrez en parcourant les articles, la santé mentale et la précarité sont intrinsèquement liées, s'influencent l'une et l'autre dans une relation bidirectionnelle. Ces phénomènes sont extrêmement bien expliqués par Jean-Michel Delile et Stéphane Cullati dans leurs articles respectifs. Pour les professionnel·le·s de terrain, c'est un fait qui est déjà observé dans leur pratique. La précarisation croissante des publics accompagnés ainsi que l'augmentation des comorbidités psychiatriques mettent les institutions sous pression, en manque de moyens pour faire face à la demande. Pour les structures de réduction des risques et d'accompagnement communautaire, il s'agit de s'adapter à des mécanismes de vulnérabilités interconnectés qui mènent parfois à des spirales de détresse. Pour faire face à cette évolution, il sera nécessaire d'amorcer un rapprochement entre le champ du travail social et celui de la psychiatrie. La dégradation des conditions de vie des personnes

confrontées à des problématiques d'addiction implique également de redéfinir l'accessibilité aux soins et aux structures résidentielles. Enfin, le logement étant un enjeu majeur comme condition préalable à toute démarche de soin, des politiques en ce sens sont impérativement à développer au vu de la tension actuelle sur le marché locatif.

Finalement, ce qui a récemment changé, c'est la visibilité de ces crises dans l'espace public. La réémergence des espaces de consommation en rue, à Lausanne, Genève et en Suisse-allemande sont les conséquences visibles par le grand public et les médias d'une précarisation croissante et d'une péjoration de la santé mentale de personnes particulièrement vulnérables, souvent sans-abri. Des événements comme la Mad Pride, qui s'est tenue le 7 octobre à Lausanne, permettent également de rendre plus visibles les questions de santé mentale et de participer à la déstigmatisation des personnes concernées. Grâce à ce numéro de *Dépendances* et à la généreuse contribution de ses auteur·e·s, nous voilà mieux informé·e·s sur cette évolution ainsi que sur les pistes de solution pour y faire face. À l'avenir, des actions dans le champ de la santé mentale, de l'inclusion de toutes et tous, du logement et de la lutte contre la précarité seront nécessaires pour passer le cap de cette crise.

Camille Robert

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET ADDICTIONS

Jean-Michel Delile (Fédération Addictions)

Pendant trop longtemps, certains courants de pensée ont oublié l'importance des déterminants sociaux de la santé mentale. Aujourd'hui, les liens sont démontrés et le contexte social a une influence importante qui peut se mesurer jusque dans le cerveau d'une personne. Sans jamais transformer la pauvreté en trouble biologique, il convient de la prendre en compte comme un facteur déterminant demandant une action politique claire de santé publique (réd.).

Si lors de la naissance de la psychiatrie scientifique au XIX^{ème} siècle, le rôle du milieu et des conditions sociales d'existence dans l'émergence des pathologies mentales et addictives avait été clairement identifié, cette vision holistique, biopsychosociale, céda peu à peu le pas à des représentations réductionnistes purement « intrapsychiques » avec la psychanalyse ou « biomoléculaires » avec la « psychiatrie biologique » de la fin du XX^e siècle. C'est à cette époque que, devant les résultats décevants de l'approche exclusivement génético-moléculaire promue lors de la « décennie du cerveau » lancée aux USA dans les années 1990 et l'évidence des inégalités sociales de santé, un regain d'intérêt s'est porté vers les déterminants sociaux de santé mentale qui a conduit à l'édition de remarquables documents de synthèse de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)¹ et de l'APA (American Psychiatric Association)².

Une dynamique comparable s'est développée dans le champ des addictions où l'évidence du gradient social, dans le domaine du tabagisme par exemple³, démontre l'importance fondamentale des facteurs sociaux. Si la rencontre avec les objets d'addiction est toujours sociale, la transition de l'usage vers l'addiction est elle-même déterminée non seulement par la génétique mais aussi par des facteurs environnementaux au premier rang desquels les conditions de vie et les événements survenus au début de la vie, pendant la petite enfance⁴.

C'est ainsi que l'injustice sociale tue à grande échelle. Dans de nombreuses villes, il suffit de franchir en quelques minutes les limites de certains quartiers pour passer d'un monde à un autre, divergeant par une

espérance de vie de dix voire vingt ans. Les humains acceptent une inégalité justifiée et loyale, mais l'évolution les a dotés de capacités à créer une sociabilité sur des bases empathiques⁵ et à être sensibles à l'iniquité et à l'injustice. Si bien que la pauvreté, le sentiment de rejet, la perte du contrôle de son existence, l'isolement, la précarité, l'exclusion, l'humiliation, etc. sont autant de facettes d'une détresse qui met en cause les acquis de l'évolution ayant permis les constructions prosociales à la base des coopérations empathiques. Cette détresse entraîne des atteintes graves aux équilibres physiologiques et des troubles physiques et psychiques². Les déterminants sociaux de la détresse comptent parmi les « causes des causes » selon la formule de Michael Marmot⁶.

En résumé, la discrimination et l'exclusion sociale, les expériences de vies défavorables dès la petite enfance, une éducation négligée, le chômage, le sous-emploi, l'insécurité au travail, l'inégalité des rétributions, la pauvreté, l'isolement et l'absence de voisinage sécurisant, l'insécurité alimentaire, les logements de mauvaise qualité et non sécurisés, l'environnement inquiétant, l'accès inadéquat aux soins médicaux : tous ces facteurs souvent liés constituent l'adversité sociale et sont autant de déterminants sociaux de troubles physiques et mentaux.

Dans ce contexte, la triangulation de fortes corrélations « précarité sociale/troubles mentaux/addictions » est non seulement liée à des origines communes, les causes des causes, mais aussi à leurs interactions péjoratives croisées, dans une dimension bidirectionnelle : les troubles mentaux et les addictions sont des facteurs de précarisation sociale et vice versa, des conditions de vie difficiles

particulièrement dans la petite enfance sont facteurs de troubles psychiques et d'addictions.

La moitié environ des troubles mentaux et des addictions au cours de la vie débutent en moyenne vers l'âge de 14 ans et trois-quarts avant 24 ans⁴. L'âge médian de début des troubles anxieux et des troubles du contrôle des impulsions est de 11 ans. 90 % des personnes présentant un trouble de l'usage au cours de leur vie ont commencé leur usage pendant l'adolescence. L'émergence de la psychopathologie et des usages de substances pendant l'enfance et l'adolescence altère lourdement les aptitudes scolaires, le niveau d'éducation et donc ultérieurement les opportunités d'emploi, le niveau de revenus, les conditions de logement, etc. Cette précarité venant en retour aggraver l'état de santé de ces personnes et leurs possibilités d'accès aux soins⁷.

Ces inégalités sociales de santé ont de plus une dimension spécifique en ce qui concerne les personnes présentant des pathologies mentales ou addictives du fait de leur stigmatisation qui freine d'autant plus leur accès à des soins adaptés. Aux USA, il y a dix fois plus de personnes présentant des pathologies mentales caractérisées en prison qu'en hôpitaux psychiatriques, il en va de même pour les troubles addictifs⁸! C'est ainsi que les personnes présentant des troubles mentaux ont une espérance de vie réduite en moyenne de 15 à 20 ans par rapport à la population générale, ce décalage ayant même tendance à s'aggraver ces dernières décennies notamment pour les personnes présentant une schizophrénie⁹. Le « social » et le biologique sont inséparablement liés dans leurs interactions.

Comme nous le rappelle Michel le Moal, « la pauvreté, le désavantage social, l'inégalité, sont autant de toxines qui détruisent la cohésion sociale : plus basse est la position, plus profond est l'isolement. Il en est ainsi des travailleurs pauvres et des individus sans emploi. Cette situation affecte la parentalité, l'éducation des enfants mais surtout leurs capacités cognitives, leurs émotions, leur développement global »¹⁰. Il est en effet bien établi que vivre dans la pauvreté, l'insécurité du logement et la précarité accroît considérablement le risque pour les enfants de développer des problèmes dans différents domaines dont la scolarité, la régulation émotionnelle et comportementale et la santé aussi bien physique que mentale, comme les symptômes anxio-dépressifs^{11,12}. Ces difficultés sont sous-tendues par certains éléments du fonctionnement cognitif comme le traitement de l'information. Or des travaux de neuro-imagerie par IRM ont pu établir en suivant des enfants entre 5 mois et 4 ans que le statut économique et social (SES) de leur famille influençait leur développement cérébral¹³. Les enfants vivant dans des milieux précaires présentaient de plus faibles volumes de matière grise (tissu critique pour le traitement de l'information et les fonctions exé-

cutives) au niveau des lobes frontaux et pariétaux. De plus ces enfants avaient une croissance cérébrale plus lente que celle des autres enfants. La pauvreté, ainsi, réduit et ralentit le développement cérébral, ces différences volumétriques étant associées avec l'émergence de problèmes comportementaux disruptifs. Une analyse générale, au plan mondial, de toutes les données de santé disponibles auprès de l'ONU¹⁴ a pu ainsi suggérer que l'association entre la pauvreté pendant l'enfance et les problèmes de santé à l'adolescence était bien de nature causale.

Les troubles mentaux et les addictions sont des facteurs de précarisation sociale et vice versa

Des travaux récents⁴ sont venus encore préciser l'origine de ce lien de corrélation entre la précarité socio-économique de la famille (revenus des parents) et une altération des performances cognitives et de la structure cérébrale (volume et épaisseur du cortex) des enfants sur la base d'un suivi de dix ans (IRM et tests cognitifs). D'autres facteurs, comme le niveau d'éducation des parents, le niveau de pratique des écrans ou l'index de dévalorisation du quartier étaient en effet également corrélés avec des altérations morphologiques et cognitives mais, une fois ajustés au revenu familial, ces facteurs n'avaient que des tailles d'effets négligeables. Le SES de la famille était bien le facteur-clef et les analyses de médiation et de covariance indiquaient que le lien entre le revenu familial et l'épaisseur du cortex était médié par les scores cognitifs, eux-mêmes marqueurs du niveau de stimulation cognitive des enfants. Ces résultats suggèrent que le manque ou les carences de stimulation éducative et de soutien chez les enfants issus de milieux défavorisés, du fait notamment du stress parental lié à la précarité et à l'adversité sociales, pouvaient conduire à ces réductions du volume et de l'épaisseur du cortex. Les auteurs appelaient donc à promouvoir des stratégies d'appui à la parentalité pour favoriser les interactions de stimulation et de soutien des enfants et la qualité de l'éducation.



Mais l'impact cérébral des inégalités sociales de santé ne se limite pas aux seules aires corticales et donc aux fonctions exécutives et aux capacités d'auto-contrôle. Beaucoup de travaux ont également établi un impact de la pauvreté sur l'amygdale et l'hippocampe^{15,16}, structures-clefs dans les processus d'apprentissage, de mémorisation et de régulation comportementale mais également très sensibles au stress. Les enfants vivant dans un contexte de précarité sociale ont ainsi un volume réduit de l'hippocampe. Ces travaux indiquent aussi que les effets cérébraux de la pauvreté étaient encore plus marqués chez les enfants dont la mère était elle-même stressée et peu disponible. Des études longitudinales¹⁶ visant à préciser par quels mécanismes la pauvreté avait un impact négatif sur le développement cérébral de l'enfant ont pu également confirmer que les effets sur l'hippocampe de l'enfant étaient liés à l'insécurité, aux événements de vie stressants (parents et enfants) et aux capacités parentales à prendre soin de l'enfant (« caregiving », négligence, hostilité). Ces travaux indiquent comment les traumatismes infantiles et la négligence parentale ont des effets au long cours sur le neurodéveloppement avec un risque accru de développer ultérieurement des troubles mentaux et comment des expériences précoces de négligence ou de maltraitance favorisent également la survenue ultérieure de troubles sévères de l'humeur.

C'est ainsi que l'on a pu parler d'une neuroscience de la pauvreté¹⁷. Il ne s'agit évidemment pas, comme semblaient le redouter certains, de transformer la pauvreté en un trouble mental ou de pathologiser les enfants pauvres mais bien de mieux comprendre comment un contexte économique et social pendant la petite enfance pouvait avoir un effet psychocomportemental durable et nuire au développement de l'individu. Cela a en effet un double-intérêt pragmatique : mieux concevoir et évaluer des actions correctives, d'une part, et développer un plaidoyer d'autres part. Il semble en effet politiquement utile de produire des arguments neuroscientifiques auprès de la population et des décideurs. Comme le disait Pollak¹³, « si vous parlez de justice sociale, cela n'intéresse pas vraiment les gens mais si vous dites qu'il s'agit d'un problème biomédical qui affecte le cerveau des enfants et qui altère et retarde leur développement, soudainement tout change dans la conversation. »

D'autant plus qu'il est également établi, ce qui confirme par ailleurs la nature causale de la corrélation, que des programmes publics anti-pauvreté peuvent aider à réduire ces disparités dans le neurodéveloppement et la santé mentale des enfants. Les Etats des USA qui, grâce à des aides financières directes, réduisent le plus l'insécurité sociale des populations vulnérables, ont les meilleurs résultats en matière de réduction des disparités neurodéveloppementales et de santé mentale chez les enfants 9-11 ans. Comme le rappelle David Weissman

du laboratoire « Stress et développement » de Harvard¹⁸, « l'association entre la structure du cerveau et un environnement à faible niveau de ressources n'est pas inévitable. Elle peut être corrigée (...). Les cerveaux des enfants sont en plein développement et ont des capacités augmentées de plasticité et d'adaptation à leur environnement », pour le meilleur ou pour le pire. Or un environnement précaire économiquement n'est pas une fatalité. Ces données suggèrent que des politiques et des programmes efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé peuvent atteindre directement des enfants vulnérables dans des environnements défavorables et soutenir leur santé mentale.

Une étude en cours¹⁹ « Baby's First Years » vise dans un essai randomisé à étudier l'impact sur 1'000 jeunes mamans d'un revenu inconditionnel supplémentaire de 333 \$/mois (contre 20 \$/mois dans le groupe-contrôle) sur la santé et le développement de l'enfant ainsi que sur le fonctionnement familial. Il a été en effet préalablement établi qu'un accroissement de 4000 \$/an du revenu familial pendant 2 à 3 ans améliorerait fortement le résultat scolaire et le devenir des enfants²⁰. Ces résultats seront très attendus d'autant plus que les pays, comme la France, bénéficiant d'un bon PIB et de politiques sociales actives ne cessent néanmoins de voir s'accroître relativement les inégalités sociales de santé, les progrès en termes de prévention et de santé étant en effet plus intenses et plus rapides dans les catégories favorisées que dans les populations en difficultés.

VERS DES RÉPONSES GLOBALES

En matière de prévention, il ne suffit donc pas de prodiguer de bons conseils de santé, universels, pour qu'ils soient suivis par tout le monde. De même, en matière de soins, on ne peut se limiter aux seules médications pharmaceutiques. Elles ne sauront pas traiter la discrimination sociale, l'humiliation due à la pauvreté, les événements de vie précoces négatifs, l'absence d'éducation, le sous-emploi, le chômage, l'insécurité au travail, l'inégalité des revenus, l'isolement en marge de sa communauté, l'insécurité alimentaire, la mauvaise qualité de l'habitat, l'accès limité (ou impossible) aux soins, la non-maîtrise de l'existence.

Les réponses doivent donc nécessairement être globales, médico-psychosociales et ne pas se limiter à la seule approche médicale. Dans une société bloquée, de moins en moins ouverte et fluide, les aléas pathogènes peuvent se transmettre de génération en génération ; l'enfant naissant dans les milieux défavorisés est déjà handicapé. Les causes des causes ont également une cause : elle est politique, la Cause des causes des causes²¹. Sur le plan mondial, les inégalités sociales de santé entre les différents pays, à niveaux de développement comparables,

Il ne s'agit pas de pathologiser les enfants pauvres mais bien de comprendre comment un contexte économique et social peut nuire au développement

éclairer sur le statut politique d'une nation et l'attention qu'elle prête à l'équité et à la cohésion sociales.

Il est donc nécessaire de penser l'action publique de manière intégrée en cessant de séparer les questions de santé et d'environnement mais aussi les questions sociales et de santé, les questions de santé, de santé mentale et d'addictions. Tout ceci impose d'impliquer de manière intersectorielle un grand nombre d'acteurs des territoires, dans toute leur diversité. Les inégalités sociales de santé sont en effet bien souvent aussi des inégalités territoriales de santé. La complexité socio-écologique des territoires appelle une approche réellement systémique au service de la santé en impliquant l'ensemble des acteurs qui sur la base de leur bonne connaissance des populations les plus vulnérables sur leur territoire permettront d'aller vers elles avec une offre de prévention et de soins adaptée à leurs attentes.

Écoutons Franck Chauvin: «Nos structures de santé publique locales ne sont pas suffisamment fortes pour développer le «aller vers», ce que j'appelle le «dernier

kilomètre» vers les populations les plus éloignées géographiquement, socialement, culturellement, numériquement du système de santé. (...) Pour faire évoluer notre système, la solution la plus efficace est locale. Il faut impliquer les acteurs qui y sont déjà présents. Les collectivités territoriales ont par exemple un rôle majeur à jouer parce qu'elles ont dans leur périmètre de nombreux leviers qui concernent la santé et la prévention (écoles, espaces verts, transports, logement, culture...).

La santé publique est aussi, sinon surtout, une affaire politique, de politique sociale, économique, familiale, de politiques de l'enfance, du logement, de politiques d'accueil et d'inclusion... Concluons cette introduction avec le grand Rudolf Virchow (1848): «La médecine est une science sociale et la politique n'est rien d'autre que la médecine à une large échelle (...) Les médecins sont les défenseurs naturels des pauvres et les problèmes sociaux sont, dans une large mesure, de leur ressort.»

Contact: jm.delile@federationaddiction.fr

Notes et références

1. Wilkinson, R. and M. Marmot, *Les déterminants sociaux de la santé*. Les faits, ed. R. Wilkinson and M. Marmot. 2004, Copenhagen: Organisation Mondiale de la Santé OMS Europe.
2. Compton, M.T. and R.S. Shim, *The Social Determinants of Mental Health*. 2015, Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
3. Delile, J.-M., *Tabac et précarité: l'enjeu central de l'accès aux soins*. *Revue Santé Publique*, 2023: p. in press.
4. Tomasi, D. and N.D. Volkow, *Associations of family income with cognition and brain structure in USA children: prevention implications*. *Mol Psychiatry*, 2021. 26(11): p. 6619-6629.
5. Decety, J., *The Neuroevolution of Empathy and Caring for Others: Why It Matters for Morality*. *Research and Perspectives in Neurosciences*, 2014. 21: p. 127-151.
6. Marmot, M., *Inclusion health: addressing the causes of the causes*. *Lancet*, 2018. 391(10117): p. 186-188.
7. Jeste, D.V. and V.B. Pender, *Social Determinants of Mental Health: Recommendations for Research, Training, Practice, and Policy*. *JAMA Psychiatry*, 2022. 79(4): p. 283-284.
8. Al-Rousan, T., et al., *Inside the nation's largest mental health institution: a prevalence study in a state prison system*. *BMC Public Health*, 2017. 17(1): p. 342.
9. Lee, E.E., et al., *A widening longevity gap between people with schizophrenia and general population: A literature review and call for action*. *Schizophr Res*, 2018. 196: p. 9-13.
10. Le Moal, M. and J.-M. Delile, *Pathologies comportementales et sociales: la question des origines et la nécessité d'approches intégrées bio-médico-psychosociales*. *Addiction(s): Recherches et pratiques. Revue internationale*, 2019(4): p. 5-11.
11. Lai, E.T.C., et al., *Poverty dynamics and health in late childhood in the UK: evidence from the Millennium Cohort*

12. Keen, R., et al., *Prospective Associations of Childhood Housing Insecurity With Anxiety and Depression Symptoms During Childhood and Adulthood*. *JAMA Pediatrics*, 2023. 177(8): p. 818-826.
13. Hanson, J.L., et al., *Family Poverty Affects the Rate of Human Infant Brain Growth*. *PLOS ONE*, 2013. 8(12): p. e80954.
14. Viner, R.M. et al., *Adolescence and the social determinants of health*. *Lancet*, 2012. 379(9826): p. 1641-52.
15. Hanson, J.L. et al., *Association between Income and the Hippocampus*. *PLOS ONE*, 2011. 6(5): p. e18712.
16. Luby, J., et al., *The Effects of Poverty on Childhood Brain Development: The Mediating Effect of Caregiving and Stressful Life Events*. *JAMA Pediatrics*, 2013. 167(12): p. 1135-1142.
17. Katsnelson, A., *The neuroscience of poverty*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2015. 112(51): p. 15530-15532.
18. Weissman, D.G., et al., *State-level macro-economic factors moderate the association of low income with brain structure and mental health in U.S. children*. *Nature Communications*, 2023. 14(1): p. 2085.
19. Noble, K.G., et al., *Baby's First Years: Design of a Randomized Controlled Trial of Poverty Reduction in the United States*. *Pediatrics*, 2021. 148(4).
20. Milligan, K. and M. Stabile, *Do child tax benefits affect the well-being of children? Evidence from Canadian child benefit expansions*. *American Economic Journal: Economic Policy*, 2011. 3(3): p. 175-205
21. Ottersen, O.P., et al., *The political origins of health inequity: prospects for change*. *Lancet*, 2014. 383(9917): p. 630-67.



ADDICTION | SUISSE

Accueillir un enfant de parents en situation d'addiction

- Quelles réponses apporter à ses questions?
- Quelle attitude adopter?
- Comment lui parler d'addiction et de consommation de substances?



Plateforme d'information:

familles-accueil-addiction.ch



© www.megchikani.com

L'ACCUEIL À BAS-SEUIL FACE AUX DÉFIS DES MÉCANISMES DE VULNÉRABILITÉS

Vincent Masciulli (AACTS)

Les accueils à bas seuil sont en première ligne lorsqu'il s'agit de faire face à une précarisation croissante et une dégradation de la santé mentale de la population. Le travail d'action communautaire doit donc s'adapter à des mécanismes de vulnérabilités interconnectés qui s'influencent et créent parfois des spirales de détresse. La relation d'aide s'ancre alors dans une approche de travail social palliatif (réd).

Au moment d'écrire ces lignes, intervient l'annonce de la hausse des primes globale de l'assurance maladie, soit environ 8,7% annoncés par le Conseil fédéral, cela dans un paysage fortement anxigène pour la population suisse souffrant déjà de la hausse des prix du logement, de l'alimentation et de l'énergie. Ce triste contexte illustre parfaitement le propos de l'article qui met en lumière les réalités interconnectées entre la précarisation et la production d'un terrain favorable à la vulnérabilité psychique.

Le climat actuel est donc marqué par de nombreux facteurs qui contribuent à l'émergence de troubles de santé mentale et de précarité pour un certain nombre de personnes. En effet, la pandémie de covid-19 a entraîné une perturbation économique, sociale et émotionnelle importante. L'isolement social, la perte d'emploi et les inquiétudes liées à la santé ont eu un impact significatif sur la santé mentale et la stabilité financière de nombreuses personnes vivant en Suisse. Les tensions économiques, les crises régulières que nous traversons, telles que la récession et la hausse des prix, accentuent la précarité financière de nombreuses personnes. Les changements environnementaux renforcent également ces phénomènes anxieux : catastrophes naturelles, changements climatiques, déplacements de populations, conflits armés et bouleversement des habitudes quotidiennes créent également des situations de précarité et de détresse psychique. La tension sociale et le stress politique génèrent également leur propre climat d'incertitudes et d'anxiété contribuant, là encore, à une augmentation de la vulnérabilité psychique. Les inégalités économiques et sociales croissantes dans notre société helvétique ac-

centuent la précarité financière et le stress psychosocial. Cependant, il est important de noter que la façon dont ces facteurs affectent les individus varie en fonction de leur situation personnelle, de leurs ressources et de leurs mécanismes d'adaptation.

SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ: DES RÉALITÉS INTERCONNECTÉES

La précarité économique et la santé mentale sont deux réalités interconnectées, souvent traitées en parallèle par différents services et organismes. Dans cet article, nous allons examiner de près le rôle crucial que jouent les accueils bas seuil dans le maintien ou l'amélioration de la santé mentale des personnes concernées. La précarité, qu'elle soit due à l'itinérance, à la pauvreté, à l'accès au logement ou à d'autres facteurs socio-économiques, expose souvent les individus à des stress chroniques considérables. L'isolement social et certains traumatismes sont des terrains favorables à l'émergence de l'anxiété et la dépression.

LES CENTRES COMMUNAUTAIRES À BAS SEUIL D'ACCÈS ET D'EXIGENCE (CABS)

Les accueils bas seuil, par leur approche flexible et non contraignante, offrent un espace de soutien essentiel et de rattachement pour ces populations vulnérables. Ils jouent un rôle indispensable en termes d'accès facilité à des prestations spécifiques telles que l'orientation et l'accompagnement dans le réseau de santé psychique et ou somatique. Dans cet article, nous explorerons comment ces centres de vies communautaires fournissent des services d'aide et des prestations de survie qui répondent spécifiquement aux besoins des personnes qui sont



touchées par cette double problématique. L'accueil des publics vulnérables dans ces centres contribue à réduire la stigmatisation entourant ces problématiques. Leurs modèles de prestations socio-sanitaires permettent de rattacher les publics les plus marginalisés ou en rupture de leurs réseaux, le tout dans un cadre sécurisant et non jugeant visant la restauration du pouvoir d'être.

LES PRESTATIONS D'AIDE À LA SURVIE COMME MOTEUR DE RATTACHEMENT ET D'ACTION

Les prestations dans les domaines communautaires sont essentielles pour atténuer les inégalités d'accès aux soins de ces publics. Ces prestations sont conçues pour répondre aux besoins spécifiques des individus vivant dans des conditions de vulnérabilité, qu'il s'agisse de sans-abris, de personnes à faible revenu, de personnes en situation de consommation ou d'autres groupes marginalisés. En voici quelques éléments clés :

- **Bas seuil d'exigence et d'accès:** l'accès facilité permet de mettre rapidement en œuvre des prestations de survie. Cela est rendu possible en minimisant les barrières administratives et en prenant en compte les réalités de vie complexes de ces populations.
- **L'environnement et le contexte d'accueil:** les prestations des centres communautaires sont délivrées dans un environnement accueillant et non stigmatisant, ce qui permet aux individus de se sentir en confiance et en sécurité ce qui, par extension, permet de faire émerger différentes demandes socio-sanitaires d'aide et de soutien.
- **Une prise en charge holistique:** les prestations doivent inclure des services holistiques qui abordent non seulement les problèmes de santé mentale, mais aussi et surtout les besoins sociaux-sanitaires tels que l'accès à des espaces de vie, du soutien administratif, une prise de contact et une orientation individualisée, une offre de réduction des risques liés à la consommation de psychotropes.

- **L'intervention précoce:** dans certaines situations chroniques, l'intervention précoce est cruciale pour éviter l'aggravation des problématiques socio-sanitaires et vise la promotion, dans la mesure du possible, d'une stabilité à long terme.
- **L'éducation et la sensibilisation:** les équipes socio-sanitaires, au travers de leur engagement dans les prestations de soutien, mobilisent les capacités des publics accueillis. Il s'agit là d'inclure des éléments socio-éducatifs afin de permettre aux personnes de mieux comprendre leur santé mentale.
- **Une coordination de prise en charge et de soins:** une bonne coordination entre les différents secteurs sécuritaire, social et de soins est essentielle pour garantir une approche globale de la santé et de la prise en charge des personnes concernées, ceci en fonction du degré d'atteinte des troubles et des comorbidités.

En somme, les prestations des lieux communautaires visent à briser les cycles de vulnérabilité en fournissant une intervention quotidienne complète et adaptée aux besoins individuels, avec un objectif ultime d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

PRISE EN CHARGE ET ÉQUIPE

La prise en charge des publics vulnérables par les équipes de terrain est une tâche complexe qui comporte de nombreux défis. Les équipes sont régulièrement confrontées au manque de ressources ou à des prestations « capsulées » qui accentuent le morcellement de la prise en charge de ces publics déjà relativement « éparpillés ». Cela affecte immédiatement leur capacité à fournir des services cohérents et de qualité à un grand nombre de personnes en situation de précarité. Les situations des personnes sont de plus en plus complexes et singulières : au-delà de la santé mentale, c'est toute l'articulation biopsychosociale des situations qu'il faut coordonner dans l'intervention, y compris les problématiques d'hébergement, de dépendances ou de non-recours.

Cette coordination est redoutablement complexe! De plus, au vu des offres capsulées sans grande vision de gouvernance territoriale, les personnes concernées « se nomadisent » dans des prestations spécifiques et régionalisées. En effet les individus peuvent être très mobiles et instables, ce qui rend le travail de suivi complexe et épuisant pour la coordination des soins. Malgré un mécanisme d'accueil centré sur le rythme des personnes et leur capacité à exprimer leurs besoins, certains individus sont extrêmement réticents à formuler ou accepter toute forme d'aide et de soutien, cela malgré une offre d'intervention sociale palliative souvent « sur adaptée » en termes de seuil et d'exigence. Cet état de fait a pour conséquence l'usure et la fatigue des intervenant.e.s de première ligne. La restriction, voire l'absence, d'offres spécifiques de prestations médicales favorisent grandement la détérioration psychique et somatique de ces publics déjà fortement carencés. De plus et par-dessus tout, c'est également la perte de sens des acteurs et actrices engagées qui se fait ressentir.

LE CYCLE DESTRUCTEUR DE LA PRÉCARITÉ ET DE LA SANTÉ MENTALE EST UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE ET INTERCONNECTÉ

Lorsque nous évoquons la santé mentale, il est essentiel de reconnaître que chaque individu, quel que soit son parcours de vie, peut être touché par des défis et des troubles mentaux à un moment donné. La précarité, qu'elle soit économique, sociale ou liée au logement, peut avoir un impact significatif sur la santé mentale des personnes. La précarité économique, telles que les difficultés financières, le chômage ou les emplois mal rémunérés, peut créer du stress et de l'anxiété, qui sont des facteurs de risques importants dans la santé mentale. L'accès limité et complexe à des prestations de soins en raison de barrières financières, géographiques, administratives ou sociales peuvent également entraîner un retard ou même l'absence complète de prise en charge et de traitement. La stigmatisation sociale participe à l'augmentation du sentiment de détresse. Elle conduit à l'isolement et à une faible estime de soi, renforçant encore les barrières d'accès à des potentiels soins. En réaction, le recours à l'automédication avec des substances telles que l'alcool ou différentes drogues est fréquente. Pour certaines personnes en rupture, il s'agit-là d'un « bon »

moyen de faire face au stress quotidien, risquant d'aggraver encore leur situation.

En conséquence, le manque de bien-être global des personnes ayant des problèmes de santé mentale non traités a une répercussion immédiate sur leurs conditions d'existence telles que leur capacité à maintenir leur employabilité, à maintenir ou établir des relations sociales positives et finalement à maintenir ou accéder à un logement. Le cycle de la précarité et de la détresse psychique

s'en voit ainsi perpétué.

LA RELATION D'AIDE DANS UNE CULTURE DU TRAVAIL SOCIAL PALLIATIF

La notion de « relation d'aide est définie à partir de la vulnérabilité et non de la perfectibilité de l'individu »¹. Ce processus, incarné par les équipes socio-sanitaires œuvrant dans le domaine de la réduction des risques, offre un soutien émotionnel, psychologique ou pratique. Les principes de l'intervention sociale palliative sont donc jonchés de principes. L'empathie et le non-jugement sont essentiels. L'écoute active est un moteur d'expression. Le respect de l'autonomie des personnes est cruciale dans la prise de décision pour elles-mêmes. La non-directivité encourage la personne à explorer ses propres solutions. La confidentialité est vitale pour établir une relation de confiance. La pose de limites claires dans la relation et pour toutes les parties impliquées garantit le rôle et la place de chacun. Enfin, des compétences professionnelles adéquates sont essentielles afin de fournir un service de soutien efficace, digne et éthique.

En conclusion, l'interaction entre la précarité et la santé mentale est complexe et multi-facettes. Comprendre ces liens est essentiel pour développer des visions politiques et des initiatives efficaces visant à améliorer le bien-être psychologique des individus en situation de vulnérabilité. En adoptant une approche globale qui intègre la prévention, le soutien et l'éducation, il est possible d'atténuer les effets néfastes de la précarité sur la santé mentale. Il sera ainsi possible d'œuvrer vers une société plus équilibrée sur le plan psychologique et plus inclusive pour l'ensemble de ses membres.

Contact : vincent.masciulli@aacts.ch

Notes et références

1. Soulet MH. La reconnaissance du travail social palliatif. *Dépendances* 2007 ; 33 : 16.

SANTÉ PSYCHIQUE ET CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES JEUNES DE 15 ANS

Marina Delgrande Jordan (Addiction Suisse)

Tous les quatre ans, Addiction Suisse étudie la santé psychique et la consommation de substances chez les adolescent·e·s. Les résultats de l'étude 2022 montrent notamment que les adolescent·e·s de 15 ans, surtout les filles, vont moins bien qu'en 2018. La santé mentale des jeunes se dégradant, des actions de promotion de la santé psychique et d'intervention précoce sont nécessaires (résumé).

Depuis 1986, l'étude internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) permet de suivre tous les quatre ans en Suisse les développements de la santé des élèves de 7e à 11e années HarmoS et des comportements qui l'influencent¹. En 2022, 74,2% des 857 classes sélectionnées au hasard ont rempli le questionnaire standardisé de l'enquête, ce qui donne un échantillon national représentatif de 9'345 élèves de 11 à 15 ans (dont 1'701 15 ans).

Les jeunes ont notamment été invité·e·s à se livrer, sur une base volontaire et avec le consentement de leurs parents, au sujet de leur santé et de leur bien-être² ainsi que sur leur consommation de substances psychoactives³. Il s'agit dès lors de leurs propres ressentis et expériences.

L'ADOLESCENCE, UNE PÉRIODE DE VULNÉRABILITÉ PARTICULIÈRE

La santé physique et psychique et le bien-être des jeunes adolescent·e·s sont des facteurs essentiels de leur développement psychosocial. En même temps, la majeure partie des maladies psychiques apparaissent durant l'enfance et l'adolescence⁴ et celles-ci persistent souvent jusqu'à l'âge adulte si elles ne sont pas repérées et traitées suffisamment tôt. À cela s'ajoute que le remodelage progressif du cerveau ayant cours à la puberté – et qui se termine vers l'âge de 25 ans seulement – le rend plus vulnérable aux effets toxiques des substances psychoactives que celui des adultes. Heureusement, l'adolescence constitue aussi une fenêtre

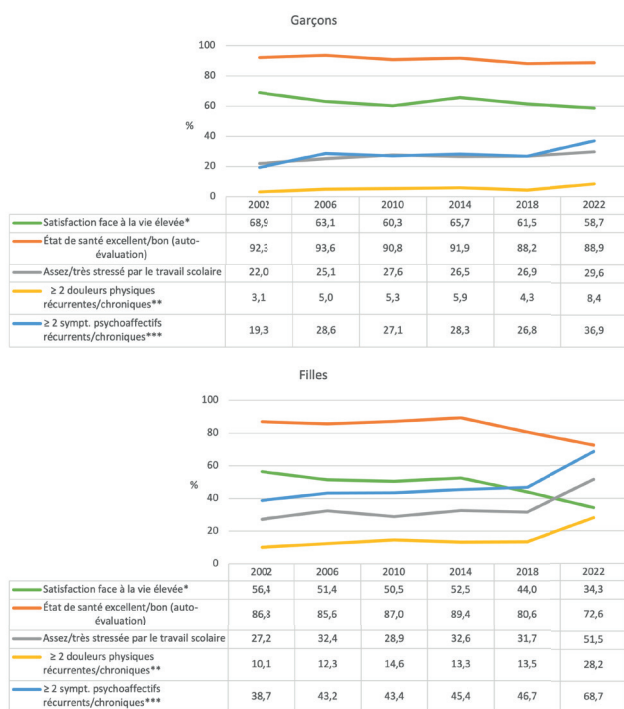
d'opportunités pour des interventions préventives ou de promotion de la santé puisque les habitudes développées durant cette période tendent à se maintenir à long terme.

LES 15 ANS, SURTOUT LES FILLES, VONT NETTEMENT MOINS BIEN QU'EN 2018

En 2022, parmi les 15 ans, 89% de garçons et 73% des filles évaluaient leur santé comme bonne à excellente et respectivement 59% et 34% estimaient leur vie très satisfaisante (Figure 1). De plus, 37% des garçons et 69% des filles avaient ressenti plusieurs fois par semaine dans les six derniers mois au moins deux symptômes psychoaffectifs (fatigue, irritabilité, nervosité, tristesse, colère, anxiété et difficultés à s'endormir) et respectivement 8% et 28% avaient souffert d'au moins deux douleurs physiques (tête, dos, ventre) à cette fréquence. Or, ces symptômes récurrents ou chroniques peuvent affecter sensiblement le bien-être, la vie sociale et la scolarité des jeunes concerné·e·s. Enfin, 30% des garçons et 52% des filles de 15 ans se sentaient assez ou très stressé·e·s par le travail scolaire. Ces résultats représentent de nettes pectorations par rapport à 2018, surtout chez les filles, alors que ces différents paramètres étaient restés relativement stables depuis une vingtaine d'années. Des premiers signes de détérioration avaient toutefois été observés en 2018 déjà chez les filles, ce qui indique que cette évolution défavorable n'est pas le seul fait de la pandémie de COVID-19, même si cette dernière y a sans doute contribué pour la majeure partie.

Le bien-être des jeunes adolescent·e·s sont des facteurs essentiels de leur développement psychosocial

Figure I: Evolution de la santé et du bien-être chez les 15 ans (HBSC)



Remarques: * Échelons 8 à 10 sur une échelle de satisfaction graduée de 0 à 10; ** Plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois (maux de tête, maux de ventre, maux de dos); *** Plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois (fatigue, irritabilité, nervosité, tristesse, colère, anxiété et difficultés à s'endormir);

QUEL IMPACT DIRECT DE LA PANDÉMIE SUR LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES?

Interrogé·e·s sur les conséquences de la pandémie de COVID-19, 13% des garçons et 33% des filles de 15 ans étaient plutôt d'accord ou d'accord qu'en raison de la pandémie ils et elles s'étaient senti·e·s la plupart du temps déprimé·e·s ou désespéré·e·s et respectivement 9% et 24% très anxieux·ses et nerveux·euses. Parmi les 15 ans ayant fait état de ces ressentis, 36% des garçons et 50% des filles avaient demandé de l'aide à leurs famille ou ami·e·s et respectivement 25% et 32% avaient cherché un soutien professionnel (directement ou par l'entremise de leurs parents). Certain·e·s y ont néanmoins vu des conséquences positives (nouveaux hobbies/intérêts, meilleure gestion des émotions/difficultés).

ALCOOL, CIGARETTE CONVENTIONNELLE ET CANNABIS ILLÉGAL ASSEZ STABLES, MAIS À UN NIVEAU ÉLEVÉ

En 2022, 43% des garçons et autant de filles de 15 ans avaient consommé de l'alcool dans les 30 derniers jours. Comparé à 2018, cela paraît un peu plus chez les filles et un peu moins chez les garçons, si bien que la différence selon le sexe/genre s'est estompée. Environ 2% des 15 ans avaient bu de l'alcool de manière fréquente (≥ 10

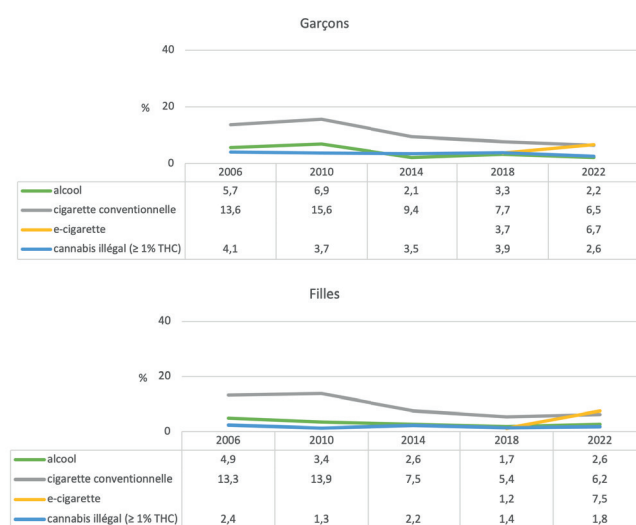
jours dans les 30 derniers jours; Figure II), tandis que la consommation quotidienne était quasi inexistante à cet âge. S'agissant des excès ponctuels d'alcool, 25% des garçons et 23% des filles avaient bu au moins une fois dans les 30 derniers jours cinq boissons alcooliques ou plus lors d'une même occasion (dans un court laps de temps), valeurs assez stables depuis 2014.

La même année, 14% des garçons et 17% des filles de 15 ans avaient consommé la cigarette conventionnelle dans les 30 derniers jours, soit des valeurs comparables à celles de 2018. L'usage fréquent concernait environ 6% des 15 ans et l'usage quotidien environ 3%.

Toujours en 2022, 12% des garçons et 8% des filles de 15 ans avaient consommé du cannabis illégal⁵ dans les 30 derniers jours, soit là encore des valeurs proches de celles de 2018. La part des 15 ans qui a consommé fréquemment cette substance dans les 30 derniers jours est d'environ 2% chez les filles et 3% chez les garçons. La consommation quotidienne est quasi inexistante à cet âge.

Ainsi, l'image générale qui se dessine en 2022 pour l'alcool, la cigarette conventionnelle et le cannabis illégal ne se distingue guère de celle qui prévalait quatre ans plus tôt. Ceci contraste avec l'étude EnCLASS réalisée en France en 2021⁶, qui montre un recul des consommations dans les 30 derniers jours pour ces trois produits chez les 15 ans⁷ par rapport à 2018, confirmant ainsi une tendance qui remonte à plusieurs années déjà dans ce pays.

Figure II: Évolution de la consommation fréquente de substances psychoactives (≥10 jours dans les 30 derniers jours) chez les 15 ans (HBSC)



AUTRES PRODUITS DU TABAC ET/OU DE LA NICOTINE EN FORTE HAUSSE

La situation est bien différente pour les autres produits du tabac et/ou de la nicotine, puisque la consommation dans les 30 derniers jours de l'e-cigarette, des produits

du tabac à chauffer (G: 4%; F: 3%) et du snus (G: 13%; F: 6%) accuse une forte hausse en 2022 chez les 15 ans, surtout chez les filles. La pipe à eau (G: 9%; F: 5%) est en revanche à la baisse.

Dans le détail, en 2022 25% des garçons et autant de filles de 15 ans avaient utilisé l'e-cigarette dans les 30 derniers jours. L'usage fréquent (≥ 10 jours dans les 30 derniers jours; Figure II) concerne environ 7% des 15 ans et l'usage quotidien environ 2%. L'usage fréquent de l'e-cigarette s'est aussi fortement accru, surtout chez les filles.

Ainsi retiendra-t-on que la consommation de la cigarette conventionnelle ne cède pas de terrain entre 2018 et 2022 alors que l'utilisation de l'e-cigarette et des produits du tabac à chauffer en gagne. Au total, ce sont pas moins de 10% des garçons et 11% des filles de 15 ans qui ont consommé de manière fréquente au moins un de ces trois produits dans les 30 derniers jours en 2022, ce qui représente une nette hausse chez les filles (2018: G: 10%; F: 6%).

CRAINTE D'UNE HAUSSE DES CONSOMMATIONS DANS LE SILLAGE DE LA PANDÉMIE

Les résultats de l'étude HBSC ont permis de mettre en évidence une nette péjoration de la santé psychique et du bien-être des jeunes de 15 ans, tout particulièrement chez les filles. Et si le fait que les filles affichent des valeurs de santé psychique inférieures à celles des garçons n'est pas nouveau, cet écart s'est nettement creusé en 2022. Ces constats reflètent ce qui a été observé au sein du réseau de recherche international HBSC, où la santé psychique et le bien-être des 15 ans s'est détériorée dans la plupart des pays participant à l'étude, surtout celle des filles⁸.

On pouvait craindre que la pandémie ait impacté à la hausse les consommations de substances psychoactives. Cette crainte se fondait sur le fait que si les jeunes consomment des substances psychoactives essentiellement dans des moments collectifs de fête et de partage,

certain·e·s peuvent y recourir à des fins de gestion du stress et des émotions négatives. Or, les résultats de l'étude HBSC 2022 montrent que, dans son ensemble, la consommation d'alcool, de la cigarette conventionnelle et de cannabis illégal est restée assez stable chez les 15 ans, tandis que celle de l'e-cigarette, du snus et des produits du tabac à chauffer a augmenté, de façon très marquée chez les filles. En conséquence, les filles ont rejoint les garçons pour ces produits, mais l'on n'a globalement pas assisté à une augmentation générale des consommations de substances psychoactives à cet âge.

Il faut à présent espérer que la prochaine enquête HBSC, en 2026, enregistrera une amélioration sur le plan de la santé psychique, même s'il faut s'attendre à ce que les effets de la pandémie pèsent encore longtemps sur celle-ci. Et il faut aussi espérer qu'il n'y aura finalement pas, en décalage dans le temps, une hausse des consommations de substances.

DES BESOINS FORTEMENT ACCRUS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans l'immédiat, les besoins en promotion de la santé psychique sont particulièrement élevés et le repérage des problèmes au stade le plus précoce possible s'avère essentiel afin d'éviter une évolution vers une forme sévère. Dans cette optique, les filles devront recevoir une attention particulière. Les mesures générales de promotion de la santé psychique devraient bénéficier aussi à la prévention des addictions, pour laquelle des efforts de régulation supplémentaires (notamment réduction de l'accessibilité et de l'attractivité des produits) sont indispensables pour retarder l'âge d'initiation et éviter l'installation dans un usage régulier. Enfin, les jeunes confronté·e·s à des difficultés

psychiques et des problèmes d'addiction devraient avoir un accès aussi aisé que possible à des offres de soutien adaptées à leurs besoins.

Contact: mdelgrande@addictionsuisse.ch

Les besoins en promotion de la santé psychique sont particulièrement élevés

Notes et références

1. Les différentes publications du volet suisse de l'étude HBSC 2022 peuvent être téléchargées depuis le site www.hbsc.ch -> Publications
2. Delgrande Jordan M., Schmidhauser V. & Balsiger, N. (2023). Santé et bien-être des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022, évolution dans le temps et corrélats – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (rapport de recherche No 159). Lausanne: Addiction Suisse.
3. Delgrande Jordan, M., Balsiger, N. & Schmidhauser, V.

(2023). La consommation de substances psychoactives des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022 et évolution dans le temps – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Rapport de recherche No 149. Lausanne: Addiction Suisse.

4. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Bromet EJ et al. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*. 2023;10(9): 668–81. doi:10.1016/S2215-0366(23)00193-1.

Journée COROMA - Save the date
Jeudi 8 février 2024, 9h-16h30, Neuchâtel

« Consommer, réguler, soigner, à l'ère des déterminants socio-commerciaux ; impacts et enjeux »

Alcool, tabac, opioïdes, jeux d'argent ou vidéo, etc., nos consommations sont largement influencées et impactées par les logiques commerciales et les stratégies marketing.

Entre libéralisme et prohibition, quelles sont les régulations en place ? Sont-elles efficaces pour prévenir les dommages à la santé ? Quels sont les impacts sur la clinique de l'addiction et comment en tenir compte ?

Des conférences et des ateliers aborderont ces interrogations tout au long de la journée, au cours d'échanges interdisciplinaires entre les intervenant-e-s du champ de l'addiction.

Avec la participation de :

- **Samuel Bendahan**, Maître d'Enseignement et de Recherche HEC – UNIL, Vice-Président du Parti socialiste suisse, Conseiller national.
- **Valéry Bezençon**, Professeur de marketing, Faculté des sciences économiques, Université de Neuchâtel
- **Frank Schneider**, Chef de service de la communication digitale, Hôpitaux Universitaires Genevois
- **Marc Valleur**, Psychiatre, ancien Médecin-chef Hôpital Marmottan (Paris)

ADDICTION
NEUCHÂTEL

COROMA
Collège Romand de Médecine de l'Addiction

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

GREAA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Notes et références

5. La possession, le commerce, la culture et la consommation de cannabis contenant $\geq 1\%$ de THC sont interdits en Suisse (LStup).

6. Spilka S. et al. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3e en 2021. Tendances, OFDT, 2021, n° 148, 4 p.

7. L'étude EnCLASS est le fruit d'une collaboration des en-

quêtes HBSC et European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD). L'échantillon d'élèves de 3e est âgé en moyenne de 14 ans et 9 mois.

8. Cosma A. et al. (2023). A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

INTERVIEW

Stéphane Cullati par Camille Robert

Stéphane Cullati est maître d'enseignement et de recherche en épidémiologie de santé publique à l'Université de Fribourg. Dans son travail, il s'intéresse particulièrement à la sociologie de la santé, aux parcours de vie et aux inégalités sociales de santé en fonction des environnements sociaux dans lesquels les trajectoires de vie s'insèrent.



Camille Robert: Qu'est-ce qu'une inégalité sociale de santé ?

Stéphane Cullati: Une inégalité sociale de santé désigne le fait que vous soyez potentiellement dans un état de santé différent comparé à une autre personne, et ce indépendamment de votre biologie et de votre héritage génétique. Cette différence est alors liée à des facteurs sociaux, que ce soit la pauvreté ou un faible niveau d'éducation, le fait de vivre dans un quartier résidentiel très exposé à la pollution ou à la violence, etc. L'inégalité sociale de santé désigne le fait qu'on peut connaître des états de santé très différents en raison de facteurs sociaux et de notre condition de vie, qui sont en fait toujours des facteurs évitables. La pauvreté, par exemple, est un facteur d'inégalité sociale de santé.

Camille Robert: Comment la pauvreté influence-t-elle notre santé mentale ?

Stéphane Cullati: Le fait de se trouver dans une situation de pauvreté crée de l'incertitude et des inquiétudes pour les personnes qui y sont exposées. On ne peut pas se projeter dans le futur, faire des plans, on doit vivre un peu plus au jour le jour et surveiller nos dépenses pour tenir jusqu'à la fin du mois. Cette situation génère de la pression et du stress. Donc plus d'inquiétude et de stress, ça peut déboucher sur des maladies mentales.

Le deuxième facteur d'explication, c'est que les personnes pauvres ont tendance à vivre dans des environnements physiques, au sens large, moins favorables à l'épanouissement et au bien-être. Les quartiers pauvres sont plus souvent exposés à la pollution de l'air et sonore, par exemple proches d'une autoroute ou d'un aéroport, ou dans des quartiers défavorisés avec plus de violence, ce qui peut créer des sentiments d'insécurité. Outre les incertitudes liées à la pauvreté et la fin du mois, vous avez donc plus de risque de vivre dans un environnement moins favorable à l'épanouissement.

Un troisième mécanisme pourrait être lié au fait que la pauvreté est aussi associée à un état de santé physique moins bon. Les personnes qui sont pauvres souffrent plus souvent de douleurs chroniques qui peuvent avoir un impact sur la santé mentale selon le système de santé du pays dans lequel on vit. Le coût pour se soigner peut être très élevé en Suisse. Les gens pauvres ont tendance à choisir les franchises d'assurance les plus élevées, et du coup ils vont moins consulter parce que les premiers 2'500 francs sont à leur charge. Aussi, quand on souffre de douleurs chroniques, on peut essayer de les soulager en s'auto-médiquant ou en consommant des substances,

ce qui permet de rester fonctionnel pendant une période, jusqu'au jour où le corps finit par lâcher. Arrive alors un vrai problème de santé physique qui va impacter la santé mentale. Donc pour résumer, la pauvreté est généralement associée à une moins bonne santé physique, plus de problèmes chroniques qui eux vont ensuite impacter notre santé mentale.

Enfin, il y a encore le facteur du statut social : c'est une autre forme de pression qui est liée à notre statut, notre place dans la société. Être pauvre dans une société d'abondance, une société riche comme la Suisse ou un autre pays avec haut niveau de vie, c'est devoir vivre avec le regard des autres. Dans les pays où le niveau de vie est très élevé, les pauvres ont tendance à se cacher, ce qui mine aussi le quotidien. Le statut social est donc un facteur supplémentaire au fardeau : il ajoute de l'anxiété et de la culpabilité, parce qu'on ne peut que difficilement parler de ce que l'on vit et dire qu'on doit compter nos sous.

Camille Robert : À l'inverse, peut-on dire que des difficultés de santé mentale peuvent conduire à une situation de pauvreté ?

Stéphane Cullati : Complètement, on pense que la relation est bidirectionnelle, c'est-à-dire qu'elle va dans les deux sens. Parfois, vous pouvez connaître une situation tout à fait normale, être heureux et fonctionnel, mais voir un trouble de santé mentale surgir dans votre vie pour diverses raisons. Quand un trouble de santé mentale arrive, il a souvent un impact significatif sur la vie privée et professionnelle. La personne peut perdre en fonctionnalité et quand on n'est plus fonctionnel dans notre société, ça se fait sentir au niveau professionnel et familial : des tensions peuvent émerger. Si on regarde plus du côté professionnel, tout dépend évidemment du trouble de santé mentale, mais c'est souvent associé à une baisse de la productivité. Vous allez peut-être avoir besoin de travailler à temps partiel ou complètement arrêter de travailler selon le domaine. On voit par ce mécanisme qu'il y a un lien assez net qui fait que les personnes avec des troubles de santé mentale peuvent se retrouver dans des situations socio-économiques plus mauvaises.

Si on prend par exemple les personnes qui ont un diagnostic médical de dépression et qui ont entre 45 et 65 ans, plus de la moitié d'entre elles sont hors du marché du travail. La dépression est une maladie qu'on n'arrive pas à soigner complètement. Les personnes dépressives vont vivre avec leur maladie, prendre des médicaments qui les maintiennent un peu à niveau. Mais elles vont connaître des fluctuations. Certaines n'arrivent pas à retrouver un emploi et une personne sur deux se retrouve hors du marché du travail. Avec l'AI, vous êtes souvent juste au niveau du seuil de la pauvreté, voir en dessous.

Camille Robert : Dans le domaine des addictions, les professionnel-le-s travaillent souvent avec des personnes concernées à la fois par des difficultés liées à la santé mentale et à la pauvreté. Pensez-vous qu'il y a certaines situations et certains mécanismes auxquels il faut prêter particulièrement attention ?

Stéphane Cullati : J'en vois deux : le premier, c'est le mécanisme de l'accumulation des désavantages. J'ai présenté plusieurs situations et mécanismes, mais en fait, ils peuvent s'accumuler chez certaines personnes et quand ils commencent à s'additionner, le risque de tomber dans la pauvreté ou de souffrir de troubles de la santé mentale devient beaucoup plus grand. Je pense

qu'on peut identifier sans trop de difficultés les gens qui accumulent beaucoup de désavantages. L'exemple typique, c'est la mère qui élève seule ses enfants. Le fait d'être une mère seule conduit souvent à devoir réduire son taux d'activité, voire de devoir complètement arrêter de travailler, ce qui mène à des difficultés financières qui peuvent ensuite générer des dépressions chroniques. On voit donc qu'elle cumule les désavantages.

Un autre mécanisme courant concerne les personnes qui ont été exposées à des expériences traumatisantes durant l'enfance ou l'adolescence. Le fait d'avoir vécu de la négligence parentale ou des situations de violence intra-familiale pendant l'enfance ou l'adolescence représente un grand risque de décrochage scolaire et donc de retrouver ensuite ces personnes dans des situations de pauvreté à l'âge adulte, et donc d'être à risque de trouble de la santé mentale.

Camille Robert : Vous évoquez les expériences traumatisantes durant l'enfance ou le fait de devenir parent célibataire comme situation à risque. Il y a-t-il d'autres moments ou périodes dans la vie lors desquels on est particulièrement vulnérable ?

Stéphane Cullati : De manière générale, en ce qui concerne la santé cognitive, je ne crois pas qu'on puisse dire qu'il y a de période critique, en fonction de l'âge, lors de laquelle on vivrait un épisode traumatique qui créerait ensuite des effets permanents, une sorte de handicap. Les personnes ont toujours la capacité de remonter. Je pense que le message clé, c'est que l'être humain a une énorme plasticité et une grande capacité de résilience. Et cette résilience est beaucoup plus grande si on lui donne des ressources et de l'aide, à condition que la personne accepte de la prendre. On parle plutôt de périodes sensibles, et l'enfance en est une, parce que ce qu'on y vit influence la santé cognitive tout au long de la vie, jusqu'à la vieillesse. Et donc les différences de santé commencent très tôt dans le parcours de vie. Mais je pense que plus la famille, le système scolaire et les éventuels éducateurs qui interviennent parviennent à

stimuler l'enfant, plus la personne va récupérer et on va pouvoir réduire les différences de santé cognitive tout au long de la vie. L'éducation joue un rôle clé dans le chemin entre l'enfance et la santé mentale à l'âge adulte. Maintenir les enfants dans le système scolaire et les accompagner vers une vie professionnelle épanouissante, dans laquelle ils pourront gagner suffisamment leur vie, est un élément clé pour compenser un départ difficile dans la vie.

Camille Robert: Depuis la fin de la pandémie de Covid-19, on parle beaucoup plus de santé mentale, particulièrement chez les jeunes. On traverse également une période de crise économique, avec de l'inflation et les coûts de la vie qui augmentent. De manière générale, comment évaluez-vous l'état de santé mentale de la population suisse aujourd'hui ?

Stéphane Cullati: Concernant l'impact de la pandémie et des mesures de semi-confinement, on attend encore les dernières études de 2022 pour voir si la prévalence des troubles de santé mentale a décroché ou pas. Personnellement, je pense qu'on va rester globalement stable. Il y a effectivement eu une période difficile avec la mise en place de la vaccination, mais petit à petit, la société s'est à nouveau ouverte.

Avant la pandémie, en Suisse, on sait que 90% de la population estimait jouir d'une bonne, voir très bonne qualité de vie et que la majorité de la population se considérait comme heureuse. Donc, concernant les indicateurs de la qualité de vie, on était plutôt bon, comme la plupart des pays européens. Mais le problème avec ces enquêtes, c'est que les personnes qui vivent en EMS ou des institutions spécialisées n'y participent pas, et donc les résultats sont un peu biaisés. Néanmoins, l'Office fédéral de la santé publique estime qu'on a environ 19% de la population qui souffre de troubles mentaux au cours d'une année donnée. Les troubles mentaux les plus courants, c'est la dépression, l'anxiété ou encore la schizophrénie. Mais ce ne sont pas toujours des troubles qui nécessitent des traitements.

Lorsqu'on mesure la prévalence des troubles mentaux dans la population, on procède avec des échelles et une liste de symptômes, par exemple avec des questions du type « à quelle fréquence avez-vous eu tel symptôme au cours des 15 derniers jours ? ». Parfois, les résultats montent jusqu'à 30% de la population qui souffre de symptômes dépressifs, mais ça ne veut pas dire que tout le monde souffre d'une dépression qui nécessiterait un traitement. Il y a des symptômes dépressifs qui sont adaptatifs, c'est-à-dire « normaux » dans une situation donnée. Par exemple, à la suite du décès d'un proche, on va ressentir de la tristesse, se sentir peut-être un peu faible et déprimé, mais ces émotions font partie du mécanisme d'adaptation. On a besoin de les vivre. Ces émotions sont alors temporaires et après, on rebondit. Mais si la personne participe à une enquête sur la santé mentale à ce moment-là, alors il y aura forcément un im-

pact sur le résultat. Finalement, c'est normal de ressentir et de vivre des symptômes dépressifs par moment dans sa vie, surtout lorsqu'on est jeune et en plein développement, entre 16 et 24 ans. On compte 33% de garçons de cet âge avec des symptômes dépressifs et 50% des filles. Mais ces symptômes sont en fait une manifestation normale de leur développement et du mécanisme d'adaptation qui va avec.

C'est pour cette raison que c'est difficile de mesurer l'état de santé mentale de la population générale. Ce qu'il faut retenir, c'est que globalement en termes de qualité de vie et de se sentir heureux, la Suisse est plutôt bien placée, comme la plupart des pays européens. En gros, on compte 20% de la population qui a des troubles mentaux, qui parfois nécessitent un traitement, mais parfois ces troubles sont adaptatifs. Et puis, il faut aussi souligner qu'on peut souffrir de petits troubles chroniques de santé mentale, comme de l'anxiété par exemple, et prendre un traitement qui permet d'avoir une qualité de vie acceptable malgré ces symptômes. Les médicaments peuvent permettre de redevenir fonctionnel, d'avoir une vie de famille, une vie professionnelle et des loisirs. Donc on peut vivre avec. Mais il y a bien sûr toutes les personnes concernées par des troubles beaucoup plus sévères, comme de la schizophrénie, et qui rencontrent des souffrances aigües. Ces phénomènes concernent une petite partie de la population. Pour la population suisse, la prévalence ponctuelle de la schizophrénie est à 0,4%. C'est très bas, mais sur une population de 8 millions d'individus, ça fait quand même plus de 30'000 personnes.

Ainsi, au niveau de la population dans son ensemble, on est plutôt dans une bonne situation. Maintenant, reste à confirmer si le COVID a créé une baisse généralisée de l'état de santé mentale de la population : pour ça, on attend les résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2022. Après, parmi la population générale, qui devrait s'en être plutôt bien sortie, il y a évidemment certains groupes vulnérables qui ont plus soufferts de cette pandémie. On peut penser aux personnes qui souffrent d'un COVID long, les personnes qui ont dû cesser leurs activités professionnelles et les jeunes. C'est une période de la vie où on a besoin d'être socialement entouré, de voir ses copains, et donc pour eux ça été une période difficile. La grande majorité se relève facilement, mais les jeunes qui étaient déjà vulnérables, avec des traits d'anxiété par exemple, ont plus de peine à se remettre.

Camille Robert: Et puis on voit bien que les services pédiopsychiatriques et psychothérapeutiques sont débordés, qu'il manque de place et que l'offre est peut-être insuffisante pour faire face à la demande.

Stéphane Cullati: Surtout quand on fait face à un grand effet populationnel. Si on avait une offre de soins qui correspondait à la demande avant la pandémie, quand tout à coup il y a ne serait-ce que 1% de la population qui a besoin du jour au lendemain d'un soutien psycho-

logique, notre système de santé n'est pas calibré pour absorber cette demande. Juste 1%, ça fait des milliers des personnes, il faut des professionnel·le·s en plus et ça crée des temps d'attente.

Camille Robert: Depuis ces deux dernières années, la population est également confrontée à une forte inflation. Les prix des loyers, des transports, de l'électricité, etc., augmentent. Pensez-vous que l'on va ressentir l'impact de cette inflation sur la santé mentale de la population?

Stéphane Cullati: Je pense en effet que la crise actuelle va contribuer à renforcer l'augmentation de la pauvreté qui était déjà constatée en Suisse. En 2014, on était à une prévalence de pauvreté de 6,9% de la population, puis 8,5% en 2019, juste avant la pandémie, soit 120'000 personnes, dont 22% exercent une activité rémunérée. On attend les chiffres plus récents, mais on constate que la pauvreté était déjà en train d'augmenter avant l'inflation. Et cette situation risque de durer. Les personnes qui étaient alors juste en dessus du seuil de pauvreté risquent aujourd'hui d'être en dessous. On va probablement monter à une prévalence de 9% de la population et frôler les 10%. Comme je disais tout à l'heure, ce sont des gens qui sont en souffrance, sont stigmatisés et sont plus à risque d'avoir des problèmes de santé mentale. Donc la demande en service de santé mentale va probablement continuer d'augmenter, bien que pour certaines personnes, ça risque d'être compliqué de se soigner parce que les pauvres sont dans ce mécanisme d'accumulation des désavantages: ils ont les franchises les plus élevées et n'osent pas entamer une démarche de soins parce qu'ils ne peuvent pas payer les coûts que cela représente. Quand on sera à 10% de pauvreté en Suisse, ça fera une personne sur dix, ce qui est vraiment beaucoup.

Je pense qu'il faut aussi ramener cette situation au fait que l'environnement politique de notre pays est plutôt à droite, avec une majorité plutôt réticente à être généreuse dans le soutien aux personnes vulnérables. Pourtant, il y a de nombreuses études expérimentales

qui montrent que quand on donne un peu plus de respiration financière à des gens qui triment chaque mois pour joindre les deux bouts, ça change complètement leur bien-être et leur qualité de vie. C'est le rôle des allocations familiales, par exemple: si du jour au lendemain on les supprimait et qu'on mesurait la santé mentale de la population, on verrait une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs. Des études aux Etats-Unis ont montré que quand on donnait une allocation de 500\$ à des familles très pauvres, les taux de dépression chez ces familles ont été réduits de 40%, donc ce sont quand même des effets massifs.

Camille Robert: Est-ce que vous avez le sentiment que ces mécanismes d'influence entre pauvreté et santé mentale sont compris par les autorités et les décideurs?

Stéphane Cullati: Oui, je pense que c'est assez bien compris. Vous pouvez tout à fait comprendre ce lien, après, ce que vous en faites, c'est une question de vision politique. Si vous avez une vision libérale, vous dites qu'il y a déjà un filet social, des assurances, et qu'après c'est aux gens de faire leur part d'effort pour s'en sortir. Mais il y a des situations de vie qui sont plus difficiles que d'autres. Quand on a grandi dans une famille pauvre, dans un quartier défavorisé, ce n'est vraiment pas toujours simple. Les enfants issus de familles riches bénéficient du réseau de leurs parents qui peuvent les aider, il y a beaucoup de choses qui changent. Donc ce n'est pas aussi simple que «prenez votre vie en main et ça ira mieux». Mais les politiques sociales sont toujours le fruit d'une négociation entre la minorité de gauche et la majorité de droite. Si l'équilibre politique changeait au niveau fédéral, d'autres décisions seraient probablement prises.

Camille Robert: et bien on verra tout ça aux élections en octobre! Merci beaucoup pour cet entretien.

Les politiques sociales sont toujours le fruit d'une négociation

VÉCU ET BESOINS DES PROCHES AIDANT·E·S EN SANTÉ MENTALE ET DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS

Pascale Ferrari (CHUV & La Source), Nathalie Jacquard, Maude Bertusi et Valérie Bujold-Fournier (CHUV), Mélanie Casanova (Fondation Terre des hommes) et Graziella Guido (Ville de Lausanne).

Avoir un proche qui souffre de troubles de la santé mentale ou d'addiction est un facteur de risque pour sa propre santé mentale, que l'on soit conjoint·e, parent ou enfant. Les auteures ont réalisé deux revues de littérature, la première sur le vécu et les besoins des proches aidant·e·s en santé mentale et dans les addictions, la seconde sur les enfants de parents alcool·o-dépendants qu'elles ont synthétisées dans cet article pour Dépendances. La liste complète de références peut être demandée auprès de Pascale Ferrari (réd.).

L'écoute et l'intégration des proches dans les soins sont aujourd'hui un enjeu majeur. La Stratégie nationale Addictions 2017-2024 précise dans son plan de mesures qu'une aide ciblée doit non seulement permettre à la personne de recouvrer la santé et de se réintégrer dans la société, mais également inclure la famille et les amis, ainsi que d'autres cercles-loisirs, le travail et l'école. Force est de constater que ce n'est de loin pas une pratique courante. Dans le domaine des addictions, l'intégration des proches est considérée comme lacunaire et non systématique en Suisse¹. L'orientation et l'offre de soutien pour ces proches sont peu connues et les informations données à ce sujet arrivent trop tardivement aux intéressé·e·s. L'objectif de cet article est de sensibiliser les professionnel·le·s aux vécus et besoins des proches de personnes souffrant de troubles psychiques et/ou addictologiques, qu'ils soient adultes ou mineurs.

SANTÉ MENTALE DES PROCHES DE PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES ET/OU ADDICTIFS

Considérant que les troubles psychiatriques occupent la troisième plus grande charge de morbidité en Suisse, il n'est pas surprenant que les proches, le plus souvent les parents et les conjoint·e·s, se trouvent de fait plongé·e·s dans un rôle de proches aidant·e·s (PA). En tant que proches d'une personne concernée par une maladie mentale, ils « [...] assument toutes sortes de tâches : financières, administratives, de coordination, de planification, d'aide au quotidien et au ménage mais ils apportent également un soutien moral ou social »².

Or il est aujourd'hui avéré que « la proche aidance dans le contexte des maladies psychiques dites « sévères » s'accompagne d'un fardeau subjectif plus lourd que celle en lien avec des pathologies somatiques »³. L'offre de soins aux personnes souffrant de troubles psychiatriques s'est réduite en lien avec une diminution du nombre de lits psychiatriques et une diminution de la durée de séjour, ce qui a entraîné un report de charge sur les proches. Comme le précisent Skuza et al.³, « [...] jusqu'à 90 % des personnes adultes souffrant de troubles psychiques vivent dans leur milieu familial ». Cependant, les fardeaux émotionnels (honte, stigmatisation, culpabilité, anxiété, désespoir et tristesse), physiques (péjoration de l'état de santé général) et sociaux (difficultés financières et isolement) des PA en psychiatrie sont encore trop souvent méconnus des soignant·e·s⁴. L'anxiété et l'impuissance, pour lesquelles un besoin d'aide urgent et non comblé est exprimé, se retrouvent chez 80% de ces proches². Ces émotions peuvent les amener à recourir à des stratégies d'adaptation inefficaces, telles que d'exprimer des critiques, d'attribuer la responsabilité de la maladie à la personne malade, de recourir à la contrainte, d'être dans l'évitement ou encore la résignation, qui vont à leur tour affecter le rétablissement du proche malade et potentiellement induire une rechute³.

Si les PA n'ont trouvé que peu de soutien dans la réorganisation du système socio-sanitaire psychiatrique, il convient de rappeler qu'avant d'être considérés comme des partenaires, ces derniers ont pendant des années été considérés comme responsables des troubles de leur proche, représentations qui prévalent encore dans les attitudes de certain·e·s professionnel·le·s à leur

égard. Les proches de malades psychiques et addictologiques se sentent exclu·e·s, voire stigmatisé·e·s par les professionnel·le·s. Ils déplorent le fait que ces derniers se retranchent derrière le secret professionnel pour ne transmettre aucune information concernant leur proche malade et la relation asymétrique semble encore prédominer⁵.

L'IMPACT SPÉCIFIQUE DE LA PANDÉMIE COVID-19

Les niveaux de détresse psychologique de la population générale ont fluctué en phases avec les vagues de l'épidémie COVID-19 pour demeurer à un niveau élevé jusqu'en 2022, concernant alors 22,9% de la population contre 15,1% en 2017. Les hôpitaux psychiatriques, services ambulatoires et cabinets privés ont enregistré les taux de consultation les plus élevés des dix dernières années. Les personnes vulnérables présentant un bas revenu, un bas niveau de formation, une pathologie psychiatrique ou addictologique préexistante ou encore une difficulté à contrôler ses consommations ou comportements addictifs ont été sévèrement touchées⁶.

Si les problématiques liées à l'alcool augmentent le risque de violence intra familial, dont l'entourage fait les frais, les proches des personnes concernées par une addiction au jeu ont particulièrement souffert pendant la pandémie des répercussions financières en sus de la surcharge émotionnelle et des conflits intrafamiliaux. Demander de l'aide dans le contexte des addictions, que ce soit pour la personne concernée ou ses proches, s'avère difficile en raison de la honte et des tabous qui y sont associés. Une enquête représentative mandatée par Promotion Santé Suisse pendant la pandémie sur les compétences en matière de santé psychique a montré que plus d'un tiers de l'échantillon ne veut pas déranger les autres en cas de problèmes psychiques, 21% ne veulent pas en parler, 18% ressentent de la honte et trouvent cela gênant, 12% ne savent pas à qui s'adresser. Finalement, si le recours à une aide professionnelle est envisagé, les résultats démontrent en réalité que ce sont les proches qui sont sollicités en première ligne, mettant en évidence un écart entre l'intention et la mise en œuvre⁷.

Selon Oulevey Bachmann et collègues⁸, « l'aide demandée par les proches aidant·e·s (PA) pour assurer les soins et le soutien à leur proche arrive souvent tardivement, soit quand ils sont au bord de l'épuisement, en crise avec la personne aidée, ou qu'ils font face à des difficultés financières ». Selon ces mêmes auteurs, « la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a révélé sans équivoque que les proches aidant·e·s servent « d'amortisseurs », répondant dans la mesure de leurs moyens aux besoins de soins et de soutien des personnes de leur entourage, là où le système de soins et de soutien formels fait défaut. À ce titre, ils exposent davantage leur

Demander de l'aide s'avère difficile en raison de la honte et des tabous



santé. En perte de ressources, ils courent le risque de ne plus être en mesure à leur tour de répondre aux besoins des personnes fragiles ou malades dont ils s'occupent ». Selon Giraud et al.⁹, « [...] plusieurs aidant·e·s ont souligné avec une ironie un peu amère que l'ensemble de la population expérimentait concrètement ce qui constitue la banalité de leur quotidien, parfois depuis plusieurs dizaines d'années : la limitation, voire la restriction totale des sorties, des activités, des loisirs, des libertés, du travail, ainsi que l'isolement et la réclusion au domicile ». En raison de la fermeture des hôpitaux et des centres de jour psychiatriques, des consultations ambulatoires et de la limitation des soins à domicile, les familles, fortement sollicitées, ont souffert de grandes difficultés psychologiques.

De façon générale, la littérature scientifique portant sur les conséquences psychologiques de la pandémie a rapporté un niveau d'inquiétude, de stress, de nervosité et d'anxiété élevé des PA, avec des préoccupations quant à leur propre santé, la crainte et la culpabilité d'infecter son proche malade ou de ne plus pouvoir s'en occuper, ainsi que la crainte de perdre son emploi¹⁰.

LA SITUATION PARTICULIÈRE DES ENFANTS DE PARENT ALCOOLO-DÉPENDANT (EPA)

En Suisse, environ 100'000 enfants grandissent avec un parent alcoolodépendant¹¹. Pendant longtemps le vécu et le ressenti des EPA n'ont que peu, voire pas été pris en considération. L'alcool reste un problème sociétal encore tabou et peu reconnu comme problématique, malgré des enjeux de santé communautaire importants. La consommation d'alcool étant banalisée, normalisée et connotée le plus souvent comme une source de « bien-être » et de convivialité par les adultes, reconnaître une problématique d'alcool peut prendre du temps. Prendre conscience de ces répercussions sur les enfants en demande encore plus. De plus, la peur des parents de

demander de l'aide, par crainte de perdre la garde des enfants est un réel frein. Le repérage de ces enfants est complexe car plus ils sont jeunes, plus il sera difficile pour eux de déterminer si les comportements et les actes des adultes qui l'entourent sont adéquats. Par loyauté et par crainte d'être séparé de ses parents, l'enfant préférera son vécu plutôt que de parler à des professionnels perçus comme des étrangers¹². Or les répercussions sur les enfants ayant un ou deux parents avec une problématique d'alcool sont fréquentes en Suisse, augmentant par six le risque de développer eux-mêmes une addiction¹¹. Il existe aussi un lien marqué entre la consommation d'alcool et la probabilité que ces enfants subissent de la violence physique et psychologique, de la violence sexuelle, de la négligence et qu'ils soient témoins de violence conjugale¹³.

Quand bien même de nombreuses et nombreux professionnel·le·s sont au contact de ces EPA et sensibilisé·e·s à cette problématique, leurs moyens d'action restent limités, en particulier en raison de la segmentation du système socio-sanitaire et socio-éducatif. Le manque de collaboration entre les différent·e·s professionnel·le·s est un frein reconnu au dépistage et au soutien des EPA¹⁴. Quand une telle alliance parvient à s'instaurer, il est ensuite nécessaire de travailler avec les mécanismes de défense des parents (déni, résistance, dynamique familiale complexe)¹⁵.

Une revue de littérature, effectuée dans le cadre d'un travail de Bachelor en soins infirmiers¹⁶, a permis de mettre en évidence huit caractéristiques concernant les EPA :

1. Les EPA ressentent un sentiment d'insécurité familiale en lien avec l'imprévisibilité des comportements du parent dépendant. Beaucoup sont confrontés à des violences physiques, verbales et émotionnelles ;
2. Les EPA souffrent de la perception sociale négative de l'alcool dans leur contexte et cherchent à passer inaperçus en adoptant un comportement « normal » ;
3. À la suite d'une inversion des rôles, connu sous le terme de parentification, l'enfant est amené à endosser des responsabilités qui ne lui appartiennent pas ; il va devoir trouver des stratégies pour faire face au quotidien, comme empêcher la procréation de la substance en cachant l'argent ou les clés de voiture, adopter un comportement de médiateur lors des disputes entre les parents, ou encore être méchant pour détourner l'attention. Enfin, certains EPA reproduisent à l'extérieur le schéma de violence dont ils sont témoins à la maison ;
4. Malgré un vécu difficile, les EPA affectionnent leurs parents et expriment le désir de passer du temps de qualité en famille. Bien que le parent non dépendant assure à l'enfant sécurité et stabilité, certains enfants ressentent de la trahison envers ce dernier ;

5. Le soutien informel (amis, voisins, autres membres de la famille, enseignants) est important pour les EPA. La reconnaissance de ses difficultés par une écoute active de la part d'un adulte permet à l'enfant de saisir l'opportunité de se confier. Quand les adultes de l'entourage ferment les yeux sur les difficultés de la famille, les enfants ressentent un fort sentiment de trahison ;
6. Les EPA ont relevé un sentiment de trahison envers les professionnels, notamment envers les enseignants. Devenus adultes, ils ont constaté la difficulté à trouver de l'aide et le manque d'information concernant l'alcoolodépendance et son traitement.
7. Un suivi professionnel empathique, sensible et à l'écoute peut faire la différence dans la vie des EPA. Pouvoir s'exprimer en toute sécurité permet de diminuer le sentiment d'isolement, la culpabilité et la honte, tout en augmentant l'estime de soi et en améliorant les relations dans le milieu scolaire. Un programme de soutien familial impliquant les parents en situation de dépendance et leurs enfants permet de comprendre la dépendance et l'impact de celle-ci sur les liens familiaux ;
8. Les EPA attendent des professionnels qu'ils jouent un rôle plus actif et s'impliquent davantage en posant des questions explicites sur la problématique d'alcool et de violence ;

CONCLUSION

Les croyances et les représentations des professionnel·le·s étant de puissants freins à l'implantation de changement sur le terrain, cet article s'est limité à faire un état des lieux non exhaustif des connaissances sur le vécu et les besoins des PA dans le domaine de la psychiatrie et des addictions, qu'ils soient majeurs ou mineurs. Comme le précisent Skuza et al.³, « bien trop souvent encore, ils [les proches] sont ballottés, tenus/restent à l'écart et ne suscitent/requièrent que peu d'attention de la part des professionnels ». Ces derniers avouent parfois se retrancher derrière le secret professionnel pour ne pas avoir à leur répondre car ils se sentent démunis et pas suffisamment compétents. Sensibiliser les professionnels à la réalité des PA est un premier pas essentiel pour un futur partenariat afin de les inviter à s'y intéresser, à accueillir, entendre et valider leur fardeau, mais aussi pour s'intéresser à leurs ressources et au soutien qu'ils apportent à leur proche malade. Les proches souffrent notamment grandement de ne pas être considérés par les professionnels. Enfin, il est évident que plus de moyens doivent être octroyés pour le soutien à la parentalité et ce, sur la durée et pas seulement dans la période périnatale, afin de mieux détecter et soutenir les enfants en difficultés.

Contact : p.ferrari@ecolelasource.ch



Notes et références

1. Croix Bleue Romande. L'impact, témoignages de membres. Exister 2016 ; 18-10.
2. Fournier M et al. (In Press). Un outil d'auto-évaluation des émotions douloureuses pour mieux accompagner les proches aidants. *Ann Med Psychol (Paris)*,
3. Skuza K et al (2021). Santé psychologique et stigmatisation chez les personnes proches aidantes en psychiatrie adulte. In : Annie Oulevey Bachmann, Catherine Ludwig et Sylvie Tréteaux (sous la dir. De). Proches aidants. Des alliés indispensables aux professionnels de la santé. Georg Editeur. Genève : Georg Editeur, 2021 : pp. 102-52.
4. Perkins A et al. Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *Lancet Psychiatry*, 2018; 5(9) : 747-64.
5. Murray-Swank A et al. Practical Interview Strategies for Building an Alliance with the Families of Patients who have Severe Mental Illness. *Psychiatr Clin North Am*, 2007 ; 30(2) :167-80.
6. Schuler D et al. Santé psychique. Chiffres clés 2021 (Obsan Bulletin 01/2023). Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel, 2023.
7. Richner D et al. La Suisse sait-elle ce qu'elle peut faire pour sa santé psychique? Résultats d'une enquête représentative sur les compétences en matière de santé psychique en Suisse. Feuille d'information 60. Promotion Santé Suisse. Berne, 2021.
8. Oulevey Bachmann A et al. (2021). Pénurie de professionnels de santé et situation des proches aidant.e.s en Suisse. In : Annie Oulevey Bachmann, Catherine Ludwig et Sylvie Tréteaux (sous la dir. De). Proches aidants. Des alliés indispensables aux professionnels de la santé. Genève : Georg Editeur, 2021 : pp. 24-45.
9. Giraud O et al. « Ça fait des années qu'on est confinés ». La crise sanitaire du Covid-19 révélatrice de la condition des proches aidant.e.s de personnes en situation de dépendance. *Revue française des affaires sociales*, 2020 ; 4 : 243-60.
10. Monteiro S et al. Ability to Care for an Ill Loved One During the First COVID-19 Lockdown: Mediators of Informal Caregivers' Stress in Europe. *Front. Psychiatry*, 2022 ; 13 : 852-712.
11. Klein M. & Quinten C. Zur Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelte alkoholabhängiger Eltern. *Suchttherapie* 2002; 3: 233 – 240
12. Tamutiene I & Jogaitė B. Disclosure of alcohol-related harm : children's expériences. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 2019 ; 36(3) :209-22.
13. Jernbro C et al. High risk of severe child abuse and poly-victimisation in families with parental substance misuse – results from a swedish school-based survey. *Child Abuse Review*, 2002 ;31(3), 27-41.
14. Werner A & Malterud K (2016a). Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2016(a);1 11.
15. Werner A & Malterud K. (2016b). Encounters with service professionals experienced by children from families with alcohol problems: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2016(b);44(7), 663 670.
16. Bujold Fournier V et al. Les interventions infirmières permettant de soutenir les enfants de 4 à 12 ans de parents dépendant.s à l'alcool dans un service d'addictologie. Travail de Bachelor. HEdS La Source, HES-SO, Suisse, 2023.

ADDICTION, PRECARITÉ, SANTÉ MENTALE: QUELS DÉFIS POUR LE CHAMP DU TRAVAIL SOCIAL SPECIALISÉ DANS LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS?

Jean-Julien Rappo (Association Argos).

La précarisation croissante des publics accueillis en structures addictologiques ainsi que l'augmentation des co-occurrences psychiques et somatiques sont constatées depuis plusieurs années par les professionnel·le·s. Ces évolutions questionnent l'accessibilité des résidentiels, leur fonctionnement centré sur le collectif et les approches de travail social, le tout dans le modèle bio-psycho-social (réd).

« L'optimisme est une fausse espérance à l'usage des lâches et des imbéciles. »¹ Georges Bernanos

« Excludere, c'est mettre au dehors, empêcher de rentrer (tout comme « inclure », c'est empêcher de sortir). »² Jean Furtos

Depuis l'émergence du modèle bio-psycho-social, nous connaissons l'incidence des déterminants sociaux sur les conduites addictives. Dans un monde traversé par une accélération des mutations sociales, économiques, culturelles, technologiques et environnementales, nous devons repenser les dispositifs de soins en faveur des personnes confrontées à des problématiques d'addictions, afin de garantir des réponses qui soient au plus près de leurs besoins et de leurs réalités. L'actualité genevoise récente concernant le phénomène du crack met notamment en lumière la nécessité de développer de nouveaux dispositifs, dans une logique de coopération qui engage l'ensemble des acteurs des quatre piliers.

UNE SOCIÉTÉ EN MUTATION, QUELS IMPACTS?

Loin de la question du monde d'après et du monde d'avant, force est de constater que dans notre champ professionnel, nous sommes dans le continuum d'une réalité sociale préexistante à la période pandémique. Si la pandémie que nous avons traversée a pu être un révélateur voire un accélérateur des inégalités sociales, les composantes structurelles induites par les logiques néolibérales de nos sociétés contemporaines continuent à générer les mêmes effets qu'auparavant. Les situations de vulnérabilité augmentent et conduisent un nombre croissant d'individus à un processus de rupture et de désaffiliation sociale³. La question de l'inscription sociale des personnes accompagnées est plus que jamais un en-

jeu d'actualité qui se doit être au centre de nos préoccupations et de nos réflexions. Il est nécessaire de replacer la réalité sociale des personnes confrontées à des problématiques d'addiction dans un contexte sociétal plus large car « le risque demeure de rester sur une logique individuelle et de faire porter à l'individu la responsabilité de son mal être, en oubliant que les conditions économiques et sociales ont un impact fondamental sur la souffrance psychique »⁴.

Les personnes accueillies dans nos dispositifs résidentiels constituent la partie la plus précarisée et la plus vulnérable des personnes ayant un statut de séjour légal et présentant des troubles de l'addiction. Les personnes avec davantage de ressources se tournent majoritairement vers les dispositifs de soins ambulatoires et les institutions résidentielles accueillent les situations les plus péjorées sur le plan bio-psycho-social dont la nécessité première est bien souvent celle de pouvoir accéder à un toit. Depuis une dizaine d'années, nous constatons une chronicité dans les parcours d'addiction, une précarisation croissante des publics accueillis et une augmentation significative des co-occurrences des troubles addictifs, somatiques et psychiques.

La question de la précarité ne peut se réduire à une définition de limitation de ressources financières, elle englobe plusieurs facteurs de vulnérabilité, de fragilité et d'insécurité. La précarité de nos publics se caractérise principalement par la fragilité des situations, avec un

manque croissant de perspectives d'avenir positives. Dès lors, les personnes que nous recevons dans nos structures se trouvent bien trop souvent dans un risque d'exclusion sociale endémique qui les conduit à une forme de désespérance.

L'ACCÈS AU LOGEMENT, UN ENJEU MAJEUR

L'accès au logement est un enjeu majeur dans le processus de rétablissement des personnes concernées. Le canton de Genève connaît une crise du logement locatif depuis de nombreuses années. Cette situation impacte défavorablement les parcours de soin, dans une absence de perspective de sortie en termes de solutions d'hébergement pérennes. Les bailleurs sociaux et les dispositifs étatiques sont submergés par les demandes de logement. Ces demandes proviennent majoritairement de familles et de personnes salariées disposant de revenus modestes et qui peinent à accéder à la location, compte tenu du prix élevé des loyers. La situation est telle qu'il faut actuellement compter une période d'attente de six à sept ans pour une personne seule, avant d'accéder à un logement social. Les situations de surendettement concernent l'ensemble des personnes qui s'adressent à nous ce qui complique encore davantage la possibilité d'obtenir un appartement. Dans une perspective de « postcure », cette absence de solutions d'hébergement compromet fortement les chances de stabiliser les situations hors du résidentiel.

Autre conséquence, les personnes qui disposent d'un logement et qui auraient besoin d'un accompagnement de longue durée hésitent à entrer en résidentiel ou ne s'adressent à nous que pour des séjours de courte durée. Le renoncement

L'hébergement constitue une première étape, préalable et indispensable, à toute démarche de soin

à un logement au profit d'une démarche de soin en résidentiel est impensable au regard des éléments susmentionnés.

Pourtant, la question de l'hébergement, du toit et de la mise à l'abri est un enjeu central qui constitue une première étape, préalable indispensable, à toute démarche de soin. La période de confinement que nous avons vécue récemment a d'ailleurs démontré la plus-value de la mise en place de dispositifs d'hébergements d'urgence, ouverts hors période hivernale, sur la qualité de vie des personnes souffrant d'addiction, sans domicile. La santé somatique et psychique de ce public s'est temporairement améliorée permettant de facto d'envisager les prémices d'un processus de rétablissement.

VERS UNE APPROCHE GLOBALE ET UNE MEILLEURE ARTICULATION DES SOINS

Pendant plusieurs décennies, l'approche thérapeutique des structures résidentielles spécialisées en addiction était fondée sur une dynamique collective et communautaire dans laquelle la dimension groupale était pensée comme un élément central du traitement, permettant à la personne de se confronter « à l'autre » dans un processus de socialisation et d'altérité émancipatrice. Le groupe de pairs était à la fois soutenant et confrontant, permettant l'inscription dans un groupe d'appartenance thérapeutique et solidaire. L'augmentation des troubles psychiques chez les personnes accueillies dans nos résidentiels vient mettre à l'épreuve

l'organisation et la limite de nos dispositifs. L'expression des symptômes comportementaux liés aux pathologies psychiatriques met fortement à mal la notion de « vivre ensemble », dans des espaces institutionnels encore organisés et pensés autour d'une approche collective. La recrudescence des troubles du comportement sont sources de conflits dans les dynamiques de groupe et demandent une régulation quotidienne de la part des professionnel-le-s, parfois au détriment d'un accompagnement individualisé. Cette situation confronte les équipes aux limites de l'intervention sociale. Lorsque l'expression des symptômes – en l'absence d'un épisode de décompensation – nécessite une prise en charge spécialisée et nous empêche d'envisager la poursuite d'un accompagnement résidentiel, nous sommes trop souvent dans la difficulté de trouver des relais vers d'autres structures.

Aujourd'hui, la prévalence des troubles psychiques induit une modification des cadres de références, des outils et des pratiques de terrain qui nous obligent à revisiter et à réadapter nos postures d'accompagnement. Les troubles psychiques sont en nette augmentation et nécessitent un rapprochement entre le champ du travail social et celui de la psychiatrie, afin de développer des pratiques interdisciplinaires garantissant une approche globale des situations. En l'absence de dispositif gene-



vois proposant une approche intégrée, il est nécessaire d'œuvrer conjointement au renforcement d'une approche parallèle dans l'accompagnement et le traitement des troubles psychiatriques et addictifs.

Si la réalité actuelle questionne la limite des champs d'intervention, il semble urgent de renforcer un travail en réseau qui permette de rapprocher le travail social et la psychiatrie, dans une logique de partenariat, afin d'assurer une meilleure continuité des soins et de sortir d'une dichotomie dans laquelle certains bénéficiaires semblent trop addictés pour le champ de la psychiatrie et trop atteint dans leur santé mentale pour le champ du travail social. Sans une réflexion sur le développement de synergies visant à une meilleure coordination entre les soins aigus et le résidentiel, le risque est grand de voir le travail social se cantonner à une logique gestionnaire des problématiques sociales et sanitaires.

VERS UN NOUVEAU PARADIGME ET UNE ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Si la majeure partie des institutions spécialisées dans le traitement des addictions ont opéré une rupture avec le paradigme de la guérison basée sur l'abstinence - au profit du modèle du rétablissement qui se centre principalement sur la capacité des personnes à vivre une vie riche et pleine malgré la persistance des troubles – cela suppose une redéfinition de nos concepts d'interventions et un travail conséquent sur l'évolution des postures professionnelles. Dans l'approche pragmatique qui caractérise la politique des quatre piliers, nous devons continuer d'adapter nos dispositifs afin de défendre l'accompagnement et l'accueil des personnes les plus vulnérables. La dégradation des conditions de vie des personnes confrontées à des problématiques d'addiction implique de redéfinir l'accessibilité aux structures résidentielles dans une logique de seuils adaptés et de poursuivre le développement de dispositifs de type « housing first », dans une démarche de réduction des risques et des méfaits, avec pour objectif principal la stabilisa-

tion et l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies sur le plan bio-psycho-social. Cela permet peut-être d'envisager une relation d'aide qui s'appuie sur le concept du « Care »⁵ dans lequel le lien est au cœur de l'intervention induisant une éthique de la relation qui met la vulnérabilité, la dépendance et l'interdépendance au centre de la relation soignant-soigné. Pour reprendre les propos de Jean-Pierre Couteron, « Il faut penser le soin, la réduction des risques au-delà du médicament, de la distribution de matériel stérile, comme un engagement, un réengagement dans un processus créateur. »⁴

Ce changement de paradigme remet en question l'idée même d'un travail social à visée transformatrice, au profit d'une approche palliative⁶ dans laquelle le lien et la relation sont les garants d'une insertion relative. Il modifie considérablement le rôle, la fonction et l'identité professionnelle des intervenant-e-s, les engageant à sortir d'une approche « centrée problème » au profit d'approches « centrées ressources », présupposant l'acquisition, le développement et l'élaboration de nouveaux référentiels et de nouvelles compétences.

La santé mentale est un enjeu collectif majeur qui engage également fortement la responsabilité des décideurs et des financeurs dans la nécessité de fournir les moyens, financiers, matériels et humains à la hauteur des enjeux et des défis actuels, pour permettre aux dispositifs spécialisés dans le traitement des addictions de se réinventer et d'innover afin de continuer de garantir des prestations de qualité dans une vision écologique des addictions.

« La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi »⁷ Paul Ricoeur.

Contact : jean-julien.rappo@argos.ch

Notes et références

1. Bernanos G. *La liberté pour quoi faire ?*. Paris : Gallimard, 1953.
2. Furtos J. *De la précarité à l'auto-exclusion*. Paris : Rue d'Ulm, 2009, 2023.
3. Castel R. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard, 1995

4. Couteron J.-P. Société et addiction. *Le sociographe* 2012/3 ; 39 : 10-16.
5. Gilligan C. *Une voix différente : Pour une éthique du care*. Paris : Flammarion, 2008.
6. Soulet MH. La reconnaissance du travail social palliatif. *Dépendances* 2007 ; 33 : 14-18.
7. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.

TAPAJ FRANCE: DIX ANS DE RÉDUCTION DES RISQUES SOCIAUX POUR LES JEUNES EN GRANDE PRÉCARITÉ

Jean-Hugues Morales (TAPAJ France)

Le travail payé à la journée est un outil de réduction des risques sociaux qui vise à offrir des places de travail à bas seuil à des publics marginalisés. En France, c'est l'organisation TAPAJ qui déploie ce dispositif sur tout le territoire depuis presque dix ans. Le programme TAPAJ fait même aujourd'hui partie de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (réd).

En 2016, votre revue proposait à TAPAJ France toute nouvellement créée, de participer à un numéro thématique sur la notion « d'aller vers »¹ en y présentant le programme TAPAJ que nous expérimentions à l'époque dans une dizaine de villes pilotes, toujours au sein de CSAPA ou de CAARUD². Nous y décrivions notre projet de « Travail Alternatif Payé à la Journée » comme un outil complémentaire de réduction des risques sociaux à seuils adaptés, permettant d'esquisser de nouvelles portes d'entrée vers le soin pour des publics de jeunes majeurs en très grande précarité.

Dépendances nous invite aujourd'hui à revenir sur 7 ans de déploiement en France, afin d'y présenter le chemin parcouru, les ornières rencontrées, les succès plus ou moins anticipés et surtout comprendre l'impact que ce nouveau type de dispositif peut avoir pour les bénéficiaires, les intervenant.e.s et l'ensemble de l'écosystème territorial qui participe à l'ancrage d'un programme TAPAJ sur leur territoire.

DIX ANS DE CHANGEMENT DE PARADIGME

L'innovation sociale qu'est TAPAJ doit s'entendre comme un outil de réduction des risques sociaux à la disposition des organisations spécialisées dans le champ de la lutte contre les addictions, permettant de proposer une alternative à un environnement défavorable dans lequel les jeunes peuvent progressivement s'installer (mendicité, assistanat, larcin, actes de délinquance ou de prostitution...). Elle peut, de plus, constituer un marche-pied vers les dispositifs de droit commun au moyen de trois palliers successifs, avec augmentation du nombre

d'heures travaillées et de l'accompagnement global, pour celles et ceux qui le peuvent ou en éprouvent le besoin.

Ce processus spécifique permet un accompagnement médico-psycho-social visant à réduire les problématiques au travers d'une reprise progressive d'activité. A court terme, le premier objectif est de créer un lien fort avec le CSAPA ou le CAARUD, permettant d'apporter une réponse alternative à la mendicité. A moyen terme, les objectifs sont multiples au vu du maillage partenarial et des priorités du jeune concerné par la réappropriation de son parcours de vie (soin, logement, prévention de la délinquance ou de la récidive, insertion professionnelle, etc.). Par son accompagnement global, TAPAJ ne segmente pas les champs de vie de la personne et concourt ainsi à la mise à plat des freins à la reprise de contrôle de sa trajectoire de vie.

Le changement de paradigme réside en premier lieu dans une absence totale d'injonction au projet ou à toute forme d'engagement immédiat, contrairement aux modalités classiques de la plupart des dispositifs d'insertion. Notre posture d'entretiens de façon « côte à côte », sur le lieu même de l'intervention, en rompant avec le sacro-saint entretien planifié de « face à face », génère également d'autres formes de libérations de la parole, terreaux de futures mises en place de projets. Prenant sa source dans les techniques d'intervention brèves, les piliers du programme sont le DPA (empowerment) et la psychosociologie de l'engagement.

En proposant un travail accessible et acceptable pour le jeune, ainsi qu'une temporalité centrée sur l'ici et main-

tenant, TAPAJ concilie proposition d'un travail « réel », aux antipodes des logiques occupationnelles ou compassionnelles, et s'adapte, en s'adaptant aux besoins et contraintes du public cible.

UN PROGRAMME FORTEMENT ÉVALUÉ, À L'EFFICACITÉ ÉPROUVÉE

Depuis sa création, ce sont trois évaluations externes qui ont accompagné le développement de TAPAJ en France. Il faut ajouter à leurs conclusions et recommandations celles des deux évaluations du programme TAPAJ au Québec, de deux thèses doctorales et postdoctorales ainsi qu'un nombre conséquent de recherches des deux côtés de l'Atlantique.

Ces travaux nécessaires et nourrissants, qui irriguent le terrain, font ressortir que le programme est particulièrement attractif pour un public dont les problématiques multiples ne permettent pas l'accès direct aux dispositifs classiques d'insertion.

Du point de vue des « Tapajeurs »³, le programme leur permet avant tout de regagner en estime de soi, reprendre confiance dans l'adulte, se reconnecter au monde et à ses institutions. Ils et elles perçoivent le modèle d'intervention comme facile d'accès, simple, valorisant, adapté et acceptable, car n'imposant aucun renoncement ni aucune rupture préalable avec leur façon d'être ou leur mode de vie. Cela permettant d'autant plus de s'appuyer sur les motivations au changement par la suite.

Selon les observateurs externes, durant le temps de passage dans le programme, des améliorations notables sont tout particulièrement perceptibles dans le rapport au travail, le comportement, l'évolution des relations sociales ainsi que dans l'hygiène et le soin de soi.

TAPAJ est rarement leur première expérience de travail. Les jeunes entrent en contact avec le programme lors de transitions de vie importantes. Outre la réponse immédiate aux besoins de première nécessité, certaines raisons de venir à TAPAJ ne sont pas présentes dès le premier moment. Elles constituent plutôt des retombées inattendues pour les jeunes, et au fil du temps, deviennent aussi une source de motivation via des effets positifs pour leur santé mentale, en lien par exemple avec le fait de faire une pause avec leur quotidien d'urgence, de diminuer l'auto-criticisme, ou encore de briser leur isolement. Certain·e·s Tapajeurs et Tapajeuses notent que le fait de disposer d'objectifs désirables de vie, à court, moyen ou long terme, dans la sphère professionnelle, personnelle et sociale, peut représenter une source de motivation significative pour s'engager et faciliter un changement dans leurs trajectoires de vie.

C'est en définitive une expérience largement positive de l'implication dans TAPAJ qui est rapportée par l'en-

semble des travaux menés sur le programme, dont on peut notamment relever :

- Le dépannage économique permet de répondre à des besoins de base.
- Le bas seuil d'exigence, la durée réduite du plateau de travail ainsi que la rémunération à la journée constituent un milieu accueillant et sécurisant qui contraste avec les expériences de stigmatisation auxquelles elles et ils sont exposé·e·s dans la rue.
- Le modèle d'intervention TAPAJ facilite l'opportunité de vivre une expérience de travail différente et valorisante, reliée à un succès, plutôt qu'une expérience d'échec et du sentiment d'être exploité.
- La qualité des liens développés entre les intervenant·e·s et les Tapajeur·euse·s, caractérisés par des rapports de pouvoir égalitaires, le respect et le soutien, contraste avec les expériences de conflits interpersonnels et abus de pouvoir vécus au cours de leur trajectoire.
- Le soutien des intervenant·e·s accompagne l'amélioration de leurs conditions de vie, facilitant tant les démarches administratives que l'accès aux services (logement, recherche d'emploi, paiement de dettes, problèmes de justice, etc.).

Les jeunes entrent en contact avec le programme lors de transitions de vie importantes

DE LA RECONNAISSANCE À L'INSCRIPTION DANS UNE POLITIQUE PUBLIQUE

La proposition d'accès immédiat à un travail « bas-seuil », sans prérequis (de type arrêt des consommations, rupture avec le mode de vie...), et qui plus est payé immédiatement à la fin de la journée, en espèces, à des jeunes à la rue souffrant de conduites addictives, n'allait pas tout à fait de soi pour les pouvoirs publics lorsque nous la modélisons en 2012 au regard du cadre juridique du code du travail français. Pour autant, et à l'instar du Housing First pour le logement, TAPAJ est une réponse complémentaire de type Working First dont il nous paraissait indispensable de pouvoir disposer dans l'accompagnement spécifique des publics jeunes en errance. Une décennie plus tard, s'il reste encore de nombreuses étapes à franchir, le postulat de la mise en situation immédiate comme vecteur de processus de changement semble intégré par les pouvoirs publics en tant que levier complémentaire intéressant pour certains types de publics. TAPAJ et le « Un Chez soi d'abord » trouvent leur place parmi les outils d'accompagnement de publics en grande précarité.

Initialement soutenu par deux interministériels, la MIL-DECA⁴ puis le CIPDR⁵, le programme a été intégré en 2019 à la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté avec des ambitions gouvernementales de couverture nationale qui changèrent considérablement nos moyens

de développement. Un double objectif a alors été posé, présentant d'une part l'ambition de constituer une tête de réseau qui développe la prestation dans le territoire, et d'autre part de pallier nos limites de compétences en tant que centres de soins. D'un côté, un service de développement territorial composé de forces vives en ingénierie de projet, levée de fonds et développement territorial multi-partenarial a été constitué ; de l'autre un service spécifique de relations avec les entreprises a été créé, composé d'acteurs expérimentés souhaitant eux aussi bifurquer dans leur trajectoire de vie et remettre en sens leurs compétences professionnelles.

Quatre ans et une crise sanitaire internationale plus tard, TAPAJ est aujourd'hui en train de se déployer sur 70 territoires de métropole et outre-mer en France. En le faisant reconnaître comme solution innovante facilement identifiable et répondant aux standards de Responsabilité sociale des entreprises (RSE) et Responsabilité territoriale des entreprises (RTE), notre service de relation entreprises a permis d'initier des partenariats avec près de 360 entreprises, fondations et municipalités au niveau des territoires, principalement bailleurs sociaux et grands groupes nationaux (SUEZ, VINCY, Auchan, SNCF, etc.). Ce modèle semble porter ses fruits pour engager les entreprises et l'ensemble des partenaires dans des réalisations concrètes et visibles pour la communauté qui se mobilise dans la structuration de son écosystème local.

Au-delà de signature d'accords-cadres avec des entreprises, ce sont plus de 63 contrats de plus de 6 mois

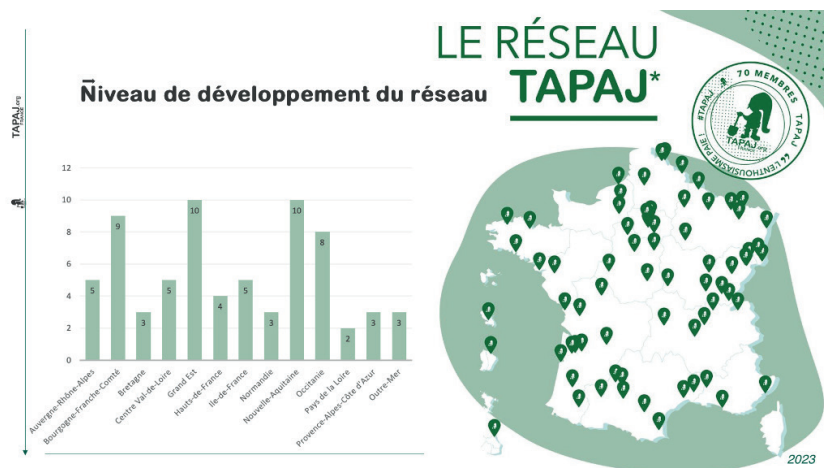
(dont beaucoup de pluriannuels) qui ont ainsi pu être signés depuis le début de l'expérimentation.

Face au problème sociétal qu'est la stagnation depuis 10 ans du niveau de précarité de nos populations pour plus de 9 millions d'individus⁶, et un taux de chômage deux fois supérieur à la moyenne nationale pour la tranche 18-29 ans en France, le changement de paradigme proposé d'une mise en situation immédiate, sans prérequis, est aujourd'hui compris et fortement promu par nos pouvoirs publics en quête de solutions alternatives et complémentaires.

Il reste un travail de pédagogie dans le décloisonnement entre politiques publiques de l'emploi et de la santé, car si les acteurs sont aujourd'hui fortement convaincus, le système reste dans des fonctionnements en silos rendant compliqué le processus d'entrée dans le droit commun pour des nouvelles approches transversales.

Au-delà des heures de travail ainsi levées reste la nécessité de soutenir les heures d'accompagnement. TAPAJ a besoin de soutiens budgétaires pour les recrutements en ressources humaines, au risque de voir certains centres de soin devoir faire des choix cornéliens entre différentes actions. Au moment où nous rédigeons cet article, c'est là tout l'enjeu de la prochaine phase de conventionnement avec l'État dans le cadre du futur Pacte des Solidarités 2024-2027, dont la Première Ministre vient de confirmer la présence de TAPAJ parmi les 30 actions soutenues.

Contact : jh.morales@tapaj.org



Notes et références

- Morales JH et Meunier D. TAPAJ : un programme innovant de réduction des risques sociaux pour des jeunes en grande précarité. *Dépendances*, 2016 ; 57.
- CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ; CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement en Réduction des risques pour Usagers de Drogues
- Ferreol, G. *Travail Alternatif Payé à la Journée : Présent-*

tion et évaluation franco-québécoise du dispositif. C3S, Université de Franche-Comté. Besançon, 2020.

- MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
- CIPDR : Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation
- INSEE. Tableau de bord de l'économie française. Personnes pauvres en 2019. [En ligne, 2023]. Consulté le 12.10.23. www.insee.fr.



FORMATIONS ADDICTIONS

PRINTEMPS 2024

GREAA

GRUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

**PARTICIPATION DES USAGERS ET DES USAGÈRES : 7 et 8 février
DE LA PAROLE AU PARTENARIAT**

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL 18, 19 mars et 22, 23 avril

**RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES MINEUR-E-S : 26 et 27 mars
QUELLES RESPONSABILITÉS ET QUELLE POSTURE
PROFESSIONNELLE ?**

FORMATION DE BASE EN ADDICTIONS 26 avril, 3, 17, 24 et 31 mai

MES CHOIX 14 mai

**PARENTALITÉ ET ADDICTIONS : COMPRENDRE LES 5 et 6 juin
SPÉCIFICITÉS POUR MIEUX ACCOMPAGNER**

**PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE 19, 20, 21 et 22 juin
CONSCIENCE (MBRP) I ET II**

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

INTERVIEW

Oriana Brücker par Camille Robert et Ann Tharin (GREA)

Oriana Brücker est formatrice en éthique, philosophe praticienne et politicienne. Dans son parcours, elle a également mis sur pied la formation de pair·e·s praticien·ne·s en santé mentale de Pro Mente Sana. Dans cette interview, Oriana Brücker nous invite à faire un pas de côté et à observer les addictions, la précarité et la santé mentale sous l'angle de l'éthique. Une perspective qui permet de prendre du recul et de réfléchir collectivement au sens que l'on donne au travail et à la politique des addictions (réd.).



GREA: Pouvez-vous vous présenter ?

Oriana Brücker: J'ai une formation en philosophie que j'ai réalisée à l'Université de Lausanne et l'Université de Genève. Après ces premières études, j'ai travaillé comme rédactrice parlementaire aux Chambres fédérales à Berne et il est vrai que cette expérience professionnelle m'a donné le goût de la politique, que j'ai retrouvée quelques années après. Mon engagement politique est assez récent, cela fait trois ans que je suis élue au Conseil municipal de la Ville de Genève. J'apprécie particulièrement ce mandat électif et j'ai souhaité poursuivre ; j'ai ensuite été élue en mai de cette année comme députée suppléante au Grand Conseil du Canton de Genève. Voilà

pour mes casquettes politiques ! En ce qui concerne mes activités professionnelles, je suis formatrice en éthique. J'interviens dans plusieurs hautes écoles en travail social et gestion dans différents cantons. J'exerce également comme philosophe praticienne : il s'agit d'amener une forme de consultation ou de supervision d'équipe avec une approche philosophique.

GREA: Comment définiriez-vous la notion d'éthique ?

Oriana Brücker: Une réflexion éthique est une réflexion qui porte au sens large du terme sur le comportement, l'action. Étymologiquement, « éthique » vient du mot grec *ethos* qui veut justement dire façon de faire, manière d'être, conduite. « Comment faire pour bien faire ? » est le titre d'un ouvrage du théologien genevois Éric Fuchs et cette question résume bien ce qu'est l'éthique, car elle renvoie à l'idée du questionnement sur le sens moral de l'action. Une autre définition de l'éthique et qui est également très appréciée par les professionnel·le·s spécialisé·e·s dans l'accompagnement des personnes en situation d'addiction est la définition proposée par Paul Ricoeur : l'éthique est la visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes. La plupart du temps, les professionnel·le·s des addictions ont à faire avec des situations qui questionnent l'humanité et la dignité des personnes, mais également l'équité des institutions, de leurs règles et des procédures à suivre.

GREA: Pouvez-vous donner un exemple d'outil éthique que vous proposez pour penser les situations complexes dont font part les professionnel·le·s ?

Oriana Brückner: Un concept tout simple, issu de la bioéthique et qui permet de mettre en mouvement la pensée et de questionner l'action, est celui des quatre principes de l'éthique médicale. Tout soignant est invité à orienter son action sur la base des principes éthiques de l'autonomie (1), de la bienfaisance (2), de la non-malfaisance (3) et de la justice (4). Quand on leur présente ces quatre principes de l'éthique médicale, les professionnel·le·s de terrain, qui sont des expert·e·s dans l'accompagnement de personnes en situation d'addiction, réagissent parfois avec conviction en présentant des situations où la dépendance de l'usager et de l'usagère met à mal leur respect de ces principes. Parfois l'autodestruction du patient est telle, que le soin est impossible et le seul respect de son autonomie devient acte de soin, acte bienfaisant. Avec les outils éthiques, les professionnel·le·s parviennent à mettre des mots sur des situations paradoxales. Ceci les aide à construire une posture professionnelle qui est peut-être un peu plus humaine, ou en tout cas animée de vigilance.

GREA: Dans ce numéro de *Dépendances*, nous avons vu qu'en raison de l'évolution du profil des usagères et usagers de drogues, qui se précarisent et se psychiatrisent, la nature du travail social évolue vers une approche palliative. Pour les professionnel·le·s, il s'agit plus d'être dans cette posture d'accompagnement que dans la transformation des parcours de vie. Pensez-vous qu'il s'agit-là d'une diversification des finalités du travail social? Il y aurait moins de pression pour l'insertion à tout prix?

Oriana Brückner: Cette évolution correspond à ce que je remarque sur le terrain et elle ne signifie pas du tout qu'il y a une démission de leur engagement professionnel, au contraire. Il faut dire que l'addiction met en échec toute la société, la ville au sens large du terme: les quartiers, leurs habitant·e·s, l'autorité judiciaire, les soignant·e·s, les usagères et usagers et leurs proches. Comment tenir ensemble malgré ces mises en échec? Là où on ne voit que la destruction des liens, comment intervenir? Très souvent j'ai entendu les professionnel·le·s affirmer que leur rôle principal était d'abord d'être présent, de se tenir à disposition, d'être là. Cette présence qui semble s'approcher de l'idéal de l'hospitalité infinie de Jacques Derrida, cet accueil inconditionnel, est souvent le dernier lien de l'usagère ou de l'usager avec l'humanité de l'autre et donc aussi avec la sienne propre.

Avec le regard de l'éthique, on prend le temps pour se poser des questions de fonds sur le sens de l'action, mais aussi sur ce que cela veut dire que d'être humain, sur notre vision d'une vie bonne pour soi, avec et pour autrui et pour une société qui soit plus juste - pour revenir à la définition de Paul Ricoeur.

GREA: Comment tendre vers une société plus juste? Avec vos différentes casquettes de philosophe et de

politicienne, quel combat vous tient particulièrement à cœur?

Oriana Brückner: Il me semble qu'une des priorités actuelles est celle de parler de la santé mentale de la population. C'est d'abord un travail de visibilisation et de déstigmatisation des personnes qui connaissent la souffrance psychique qui doit être fait. Selon l'OMS, la moitié de la population mondiale est destinée à connaître la souffrance psychique au moins une fois au cours de sa vie.

En Suisse, on remarque aussi que plus que la moitié de rentes AI concerne des personnes avec souffrance psychique. Malgré ces chiffres importants, on ne parle pas suffisamment de cette réalité, ni au niveau social ni au niveau politique et on continue de stigmatiser les personnes qui reçoivent un diagnostic psychiatrique.

Ceci est d'autant plus nécessaire que sur le terrain, les professionnel·le·s constatent une dégradation de la santé mentale de leurs publics et une psychiatrisation d'une partie de la population. Cela concerne autant les professionnel·le·s du travail social, de l'enseignement, de l'éducation ou de la pharmacie. Ces professionnel·le·s sont en demande de formation continue mais aussi d'une plus forte thématization de ces sujets dans l'espace public et par le politique. Certains pays en Europe et notamment dans le monde anglo-saxon, ont intégré le facteur de la santé mentale dans leurs décisions politiques: lorsqu'il s'agit de prendre des décisions sur le logement, l'urbanisme et les budgets, les politicien·ne·s s'interrogent sur les conséquences de leurs décisions sur la santé mentale et psychique de la population. Et ce réflexe-là, de se sentir responsable pour la qualité de vie de nos concitoyen·ne·s, nous, on ne l'a pas encore.

GREA: Le canton de Genève a passablement été secoué par la problématique du crack, elle-même intimement liée aux questions de santé mentale et de précarité. Comment avez-vous perçu les débats et les réponses politiques qui y sont apportées?

Oriana Brückner: Les débats au sein du parlement ont été très animés! Un exemple parlant a été la décision que nous avons dû prendre au niveau de la ville concernant la fermeture d'une cour d'école dans le quartier des Pâquis. Cette cour d'école restait ouverte la nuit et elle était utilisée par les dealers et les consommatrices et consommateurs. De jour terrain de jeu, elle se transformait la nuit en lieu de commercialisation et de consommation de substances. Au petit matin, les employé·e·s de la voirie, les enfants et leurs parents se retrouvaient dans une cour encombrée par des résidus de drogues, des excréments, des seringues, ce qui mettait en péril leur sécurité sanitaire. Le politique se devait de prendre une décision: fermer, ou pas, cette cour d'école. Les différents partis tenaient des positions divergentes et le parlement

a longuement débattu avant de finalement décider de fermer la cour pendant la nuit. J'ai trouvé très intéressant d'observer la grande difficulté qu'on a eue, en tant que Parlement, à prendre une décision.

C'est l'éthique qui m'a aidée à mettre des mots sur cette difficulté, en identifiant une tension entre une position fondée sur l'éthique de la responsabilité et une autre fondée sur une éthique de la conviction. Animé-e-s par une éthique de la conviction, certain-e-s parlementaires affirmaient qu'on ne ferme pas une cour d'école pendant la nuit parce qu'une cour est un espace ouvert, conçu et prévu pour être mis à disposition de tous les publics de la ville. Pour elles et eux, fermer une cour d'école, c'est un échec de la société, cela revient à avouer qu'on ne parvient pas à gérer certains espaces d'échanges et de vie nocturne, dont on se défait, qu'on déplace ailleurs, renonçant ainsi à cette forme d'universalité d'accès. De l'autre côté, les parlementaires orienté-e-s vers une éthique de la responsabilité appelaient à se rendre compte des conséquences pragmatiques de nos décisions sur la vie de toute la population. La mise en péril de la santé des enfants, l'inquiétude des parents et des enseignant-e-s, la difficulté à assurer la propreté des espaces sans mettre en danger les employé-e-s de la voirie... Tous ces éléments leur suffisaient pour assumer la responsabilité politique de fermer la cour d'école pendant la nuit. Ces deux formes d'éthique différentes sont entrées en collision pendant les débats et une visée commune de la vie bonne a été difficile à trouver.

GREA: Cela pose la question du vivre-ensemble, de comment on se partage l'espace public et de la place qu'on accepte de laisser ou non aux personnes marginalisées et précaires. Comment concilier cela et tenter de satisfaire tout le monde ?

Oriana Brücker: Peut-être grâce à l'écoute de toutes les parties ? Et à la présence attentive des professionnel-le-s ? Le Conseil municipal de la Ville de Genève a reçu plusieurs pétitions de riverains, d'habitant-e-s, qui demandent à la Ville d'intervenir parce que leur qualité de vie s'est fortement dégradée à cause de la présence de dealers et de consommatrices et consommateurs de drogues dans leur quartier. Auditionner ces pétitionnaires est toujours très formateur. D'une part, ces personnes

nous racontent des expériences parfois très dures qu'elles ont subies : des agressions, du deal dans le hall de leur immeuble, des mises en danger d'enfants... Elles expriment leur peur de rentrer et de sortir de chez elles. En même temps, on entend les mêmes personnes nous dire que ce n'est pas une attitude répressive qui peut résoudre le problème. La police est régulièrement appelée et elle ne peut pas changer le problème de fonds.

Au niveau politique, nous avons compris que ce qu'il nous manque, ce sont des gens formés, qui puissent écouter et discuter avec toutes les parties. En Ville de Genève, il nous manque des travailleurs et travailleuses sociales hors mur, des pair-e-s praticien-ne-s en santé mentale et en addictions, des personnes qui soient capables de discuter avec tout le monde et expliquer les besoins des uns et autres. C'est le lien avec l'humanité qui est mis à mal avec la dépendance. Il nous manque des personnes qui soient présentes, avec écoute et bienveillance, pour jouer un rôle de médiation.

*Je pense qu'il faut faire
preuve d'une grande humilité
en ce qui concerne les
problèmes de drogues
dans la société*

Alors évidemment ce n'est pas la seule et unique solution ! Je pense qu'il faut faire preuve d'une grande humilité en ce qui concerne les problèmes de drogues dans la société. Qui peut prétendre avoir la solution qui va résoudre le problème du jour au lendemain ? Quand on écoute les citoyen-ne-s relater leurs

expériences de violence, de peur, on se rend compte que le maillon faible est celui du lien et qu'il pourrait être renforcé par davantage de professionnel-le-s du social, ainsi que de pair-e-s en santé mentale. La sécurité est l'une des missions régaliennes d'un État. Mais l'intervention policière ne peut pas réparer les liens brisés. Dans certains quartiers de Genève, des habitant-e-s arrivent à vivre avec les consommateurs, consommatrices et les dealers. Je pense que le politique a aussi la responsabilité d'entendre et comprendre les différentes formes de liens qui font partie de la vie d'un quartier, non pas pour diminuer la gravité de certaines situations, mais afin de se rappeler que l'être humain, l'individu en chair et en os, qui vit dans la ville, est une source créative de solutions et le premier maillon du vivre-ensemble.

GREA: Merci pour cet entretien.

Contact : orianabruecker@bluewin.ch

TOUTES ET TOUS UNI·E·S POUR LA SANTÉ MENTALE À LA MAD PRIDE

Charlène Tripalo (Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique -Coraasp)

Organisée pour sa troisième édition à Lausanne le 7 octobre 2023, la Mad Pride est une journée et une marche en réponse à la stigmatisation des personnes affectées par des troubles de la santé mentale. Une manifestation qui a réuni beaucoup de monde afin de militer pour une meilleure inclusion des personnes concernées et meilleure prise en compte des enjeux autour de la santé psychique dans la société (réd.).

La Coraasp, avec le Réseau Santé Psychique Suisse et la fondation suisse Pro Mente Sana, se sont unis pour constituer l'association Mad Pride Suisse dans le but d'organiser de façon régulière une Mad Pride en Suisse, pour rappeler que la santé mentale nous concerne toutes et tous et pour déstigmatiser les troubles psychiques au sens large, dépendances comprises.

QU'EST-CE QU'UNE MAD PRIDE?

Organisée à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, la Mad Pride Suisse est un défilé de rue national rassemblant des personnes atteintes dans leur santé mentale, des proches, des professionnel·le·s, des organisations et des sympathisant·e·s sur le thème de la santé mentale, dans un esprit similaire à celui des Prides LGBTQ+ qui ont lieu dans plusieurs villes depuis de nombreuses années. Le mouvement de la Mad Pride est né à Toronto en 1993 en réponse aux préjugés envers les personnes ayant des antécédents psychiatriques. L'idée de base était de détourner les stéréotypes et images négatives liés à la maladie mentale pour en faire quelque chose de positif. Le mouvement a ensuite essaimé dans de nombreux pays tels que la France, l'Angleterre, le Brésil, le Salvador, l'Allemagne ou l'Australie, chacun adaptant le concept à son contexte. En Suisse, elle existe depuis 2019, la première édition ayant été organisée à Genève par la Coraasp et la fondation Trajets.

En tant que faitière, la Coraasp constate encore, malheureusement, que l'insertion sociale et l'accès à une vie active et citoyenne des personnes atteintes dans leur santé mentale sont encore insuffisants et que la stigma-

tisation relative aux troubles psychiques est encore trop prononcée.

L'idée est donc de « sortir du bois », de placer le thème de la santé mentale, des maladies psychiques y compris des dépendances au sein de la cité, pour informer et susciter l'échange avec la population et pour lutter contre la stigmatisation. Le tout d'une manière légère et ludique, car cette marche pour la dignité et la citoyenneté se veut avant tout un événement festif dans la ville. C'est aussi une manière de lutter contre l'auto-stigmatisation, sortir du statut de malade et/ou de patient·e pour endosser celui de citoyen·ne et oser affronter le regard de l'autre.

3ÈME ÉDITION DE LA MAD PRIDE SUISSE

Pour la troisième édition qui a eu lieu le 7 octobre 2023 à Lausanne, il était important de participer à cette réduction des stigmatisations de différentes manières :

- Informer sur les maladies et le rétablissement possible grâce à la campagne numérique conduite sur les réseaux sociaux de la Mad Pride.
- Donner la parole à des personnes concernées via des témoignages enregistrés et diffusés lors de l'exposition temporaire publique qui s'est déroulée dans plusieurs villes de Suisse romande durant plusieurs semaines (Vaud, Neuchâtel, Jura, Fribourg).
- Occuper la ville lors de la marche en invitant les manifestant·e·s à s'exprimer avec des pancartes et des slogans.

- Proposer des témoignages sur scène, lors d'ateliers, sur des stands d'information tenus par des personnes en rétablissement et lors d'une table ronde sur l'inclusion.
- Valoriser les activités et les talents des personnes atteintes dans leur santé mentale à travers une exposition d'œuvres collectives réalisées par des personnes concernées, sur les scènes de théâtre et de la Mad Pride.
- Soutenir l'initiative pour l'inclusion en organisant une récolte de signatures le jour de l'évènement et en organisant une table ronde sur ce thème. Pour rappel, cette initiative vise à garantir l'égalité en droit et en fait pour les personnes en situation de handicap en modifiant la Constitution fédérale.

L'ensemble du programme qui a été proposé est à retrouver sur le site de la Mad Pride (madpride.ch).

LES AUTRES REVENDICATIONS DE LA MAD PRIDE

Nous savons toutes et tous que le Covid a mis en évidence un mal-être existant, particulièrement chez les jeunes. Cette crise a permis de rappeler que la santé mentale n'est pas uniquement une responsabilité individuelle mais qu'elle est aussi influencée par d'autres déterminants tels que des facteurs économiques et sociaux¹. En témoigne la nette hausse des hospitalisations en milieu psychiatrique des jeunes en 2021 (+ 6% pour les hommes de 10 à 24 ans et + 26% des filles et jeunes femmes de 10 à 24 ans)², la hausse des arrêts de travail pour cause de maladie psychique (+20% par rapport à 2021)³, avec un impact non négligeable sur la hausse des coûts de la santé puisqu'en 2021, selon l'Obsan, les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le domaine de la psychiatrie ont atteint environ 2,42 milliards de francs².

Fort de ce constat, le comité d'organisation de la Mad Pride, composé à moitié de personnes concernées par des difficultés psychiques et, pour l'autre moitié, de professionnel·le·s et d'une proche, a souhaité tenir compte de ces derniers chiffres alarmant pour élargir les revendications de la manifestation. Un appel à marcher « Ensemble pour la santé mentale » a donc été lancé. Cette 3^e édition de la Mad Pride a ainsi invité toutes et tous, jeunes, seniors, familles concernées ou non par une vulnérabilité psychique à se mobiliser pour rappeler aux autorités publiques et politiques que la santé mentale est aussi une responsabilité collective et qu'elles ont un rôle à jouer pour préserver la santé de la population Suisse.

Dans cette optique, il était important de collaborer avec des partenaires qui œuvrent dans la promotion et la prévention à la santé mentale. La campagne numérique a donc contribué à diffuser de nombreuses informations et les stands d'information, les ateliers et conférences qui ont eu lieu le jour de la Mad Pride ont invité le grand public à mieux comprendre le fonctionnement de notre cerveau et à expérimenter différentes manières de prendre soin de sa santé mentale.

Cette Mad Pride est ainsi aussi un appel pour le monde économique en particulier et la société en général à ralentir et à prendre le temps. Les exigences d'efficacité et de performance perpétuelles qui ont cours dans les milieux professionnels laissent trop de monde sur le carreau.

L'enjeu de ces prochaines éditions est de continuer à fédérer les organisations nationales et cantonales pour continuer à favoriser l'inclusion, réduire les inégalités faites aux personnes atteintes dans leur santé mentale mais aussi à développer de réelles stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale.

Contact : charlene.tripalo@coraasp.ch

Notes et références

1. Pereira A, Dubath C et Trabichet AM. *Les déterminants de la santé mentale: Synthèse de la littérature scientifique. minds – Promotion de la santé mentale à Genève*. Genève, 2021.

2. Schuler D, Tuch A, Sturny I et Peter C. Santé psychique. Chiffres clés 2021 (Obsan Bulletin 01/2023). *Observatoire suisse de la santé*. Neuchâtel, 2023.

3. Baer N et al. *Krankenschreibungen aus psychischen Gründen in der Schweiz: Hintergründe, Verläufe und Verfahren. WorkMed und Swica*. Binningen, Winterthur, 2022.

LES COLLÈGES DE RÉTABLISSMENT ROMANDS À LA MAD PRIDE

L'équipe du Recovery College du GREA, et celle du Collège de rétablissement de Pro Mente Sana à Genève ont présenté conjointement leurs concepts lors de la Mad Pride qui a eu lieu à Lausanne le 7 octobre 2023. L'occasion de rappeler l'étroitesse des liens entre addictions et santé mentale et de mettre en valeur le travail des pair-e-s.

EN QUOI LES COLLÈGES DE RÉTABLISSMENT PARTAGENT-ILS DES VALEURS ET DES OBJECTIFS AVEC LA MAD PRIDE ?

D'inspiration anglo-saxonne, les « Recovery college », tout comme la Mad Pride, s'inscrivent dans la continuité des mouvements citoyens et contestataires de la psychiatrie traditionnelle dans les années 70. Celle-ci est perçue comme un moyen de contrôle social et comme source de domination et de violence psychologique, d'où l'émergence de mouvements à ambition émancipatrice visant à un rééquilibrage des rapports entre soignant-e-s et personnes concernées. Cela coïncide avec l'essor du modèle du rétablissement dont les principes prennent le contrepied des schémas classiques axés sur la guérison et la réhabilitation.

Ces perspectives bénéficient d'un écho important dans le domaine des addictions qui a longtemps été marqué par des politiques de santé à vision paternaliste qui couvraient la voix des usager-e-s de drogues, perçu-e-s tantôt sous le jour de la déviance, tantôt sous le jour de la maladie.

Comme dans le champ de la santé mentale, on observe ainsi progressivement l'émergence de groupes d'auto-support, d'associations d'entraide, de programmes d'éducation par les pair-e-s, et d'évènements divers - dont la première Mad Pride à Toronto dans les années 90 - visant notamment à lutter contre les stigmatisations et à se réapproprier un pouvoir d'agir et de décision. Nés à la fin des années 2000 en Angleterre, les « Recovery college » font également partie de ce foisonnement d'initiatives.

QU'EST-CE QU'UN COLLÈGE DE RÉTABLISSMENT ?

L'originalité du concept repose sur l'enseignement en binôme pair-e-pro et une gouvernance du projet qui se veut aussi paritaire. Pionniers en Suisse - l'équipe de Pro Mente Sana début en 2019, suivie du GREA en 2021 - c'est cette approche que partagent les collèges de rétablissement romands, avec la volonté de valoriser les savoirs expérientiels des personnes concernées, et les allier avec l'expertise des spécialistes tout en renforçant les connaissances et compétences d'un public mixte. En effet, les formations sont ouvertes à tout le monde, aussi bien aux personnes concernées qu'aux professionnel-le-s, proches ou à toute autre personne intéressée.

EN QUOI CONSISTENT LES FORMATIONS PROPOSÉES ?

Les formations proposées ont été conçues par les binômes de formateurs et formatrices, avec un soutien pédagogique des équipes de projet. Les thématiques sont issues d'ateliers de récolte de besoins qui ont été effectués dans des institutions des domaines des addictions et de la santé mentale, afin d'être au plus proche des intérêts et attentes des personnes concernées. Ces formations sont brèves, gratuites pour les participant-e-s, non-certifiantes, et abordent une diversité de thématiques en lien avec le rétablissement. Celles-ci vont de la gestion du courrier et des démarches administratives, aux stratégies pour éviter ou surmonter la rechute, en passant par la réduction des risques, ou encore sur des questions relatives aux assurances sociales. Elles sont décentralisées, itinérantes, et sont mises en œuvre tantôt dans des institutions hôtes en Suisse romande, tantôt au GREA à Lausanne ou à l'Association Parole à Genève.

POUR EN SAVOIR PLUS

<https://retablissement.ch/>

<http://www.recoverycollege.ch/>

Nous vous invitons à signer l'initiative pour l'inclusion à l'aide du QR code.



IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse

Ruchonnet 14, CP 870, 1003 Lausanne

Groupe Romand d'Études des Addictions GREA

Rue Saint-Pierre 3, 1003 Lausanne

Rédaction en chef

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

Comité de rédaction

Barbara Broers, HUG - **Gerard Calzada**, HUG - **Marina Delgrande**, Addiction Suisse - **Line Pedersen**, Université de Fribourg - **Benjamin Ravinet**, itinéraires santé - **Ann Tharin**, HES-SO - **Valentine Schmidhauser**, Addiction Suisse - **Marc Wittwer**, OFSP.

Abonnements

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

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

Parution

3 fois par an

Abonnement

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

Graphisme

SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Mise en page

Lysandre Lechelard, GREA

Images

Photos Unsplash: p. 4 Adrien Olichon ; p. 9 Luuk Wouters ; p. 20 Sumner Mahaffey ; p. 24 Bruno Figueiredo.

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

ISSN 1422-3368



GREAA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

 **ADDICTION | SUISSE**