



Pierre Clobus

Infirmier en santé communautaire et en santé publique au service extra-hospitalier START-MASS de l'hôpital spécialisé en soins neuropsychiatriques ISoSL de Liège et formateur au sein du Réseau Alto



Clarisse Vanvolsem

Pharmacienne, membre du Réseau Alto



Dominique Lamy

Président du Réseau Alto, membre de l'Académie royale de médecine

Réseau Alto est un réseau de prestataires de soins de première ligne, dont les missions principales sont le soutien et la formation des acteurs psycho-médico-sociaux à l'accueil et l'accompagnement de personnes présentant des conduites addictives.

PRATIQUE DE L'ADDICTOLOGIE : FORMER EN CONSCIENCE POUR ACCOMPAGNER SANS EXCLURE

Depuis plus de trente ans, le Réseau Alto accompagne en Wallonie les professionnels confrontés à des personnes ayant des conduites addictives. Sa création remonte au début des années 90, dans un contexte où l'héroïne faisait figure de principal problème sanitaire avec, en toile de fond, la montée depuis plusieurs années de l'épidémie du VIH et de la criminologie. Les réponses à ces deux problématiques visaient respectivement l'abstinence pour l'aspect médical et l'incarcération pour l'aspect sociétal, ce qui malheureusement accentuait les phénomènes de marginalisation. L'urgence de l'époque a mené les premières missions d'Alto vers le soutien et la formation des médecins généralistes, alors isolés dans leurs pratiques face à des patients dont les parcours échappaient souvent aux logiques classiques de soins. De leur côté, les centres spécialisés récemment créés, déjà saturés tant l'épidémie était grande, en venaient parfois à présenter

la longueur de leur file d'attente comme un levier de motivation, considérant que seuls les patients les plus déterminés persisteraient dans leur demande de prise en charge.

Au fil du temps, les consommations ont changé, les produits aussi et avec eux, les figures sociales de leurs usagers. La palette s'est élargie avec la cocaïne et sa forme fumable le crack, la MDMA, la kétamine, le protoxyde d'azote et toute une pléthore de nouveaux produits de synthèse. L'addiction s'est déployée dans des formes plus diffuses, parfois plus invisibles. Et surtout, elle s'est déplacée au sein de groupes sociaux multiples, dépassant les clichés du marginal ou du « toxicomane ». Ces évolutions ont profondément modifié les modalités de l'accompagnement, obligeant les professionnels à repenser leur posture et leur langage.

1 NDLR : La petite délinquance imputable aux assuétudes marginalisantes : vol dans les pharmacies pour obtenir directement des produits psychotropes (historiquement : morphine, Rohypnol® et Vesparax®), vol dans les magasins, bris de vitre des voitures à des fins de vol et vols à l'arraché.

Dans ce paysage mouvant, le Réseau Alto a évolué lui aussi en adaptant ses formations, en diversifiant ses approches et en élargissant son public cible. Ce qui était au départ un réseau de soutien aux médecins généralistes est devenu

un acteur clé de la formation et de la réflexion pour l'ensemble du secteur psycho-médico-social. En effet, l'accompagnement en addictologie ne repose plus seulement sur des compétences médicales mais sur une approche transversale où se croisent les savoirs scientifiques et expérientiels, les techniques de soin, la prévention et la réduction des risques.

LE CONCEPT HUMANISTE DU TRIANGLE : PRODUIT, ENVIRONNEMENT ET PERSONNE

L'un des grands tournants a sans doute été, à partir des années 1970, la reconnaissance que le produit, aussi central soit-il, ne suffit pas à expliquer ni à traiter une conduite de dépendance. Le célèbre triangle inspiré par la pensée humaniste du psychiatre Claude Olievenstein (produit, environnement, personne) a d'abord constitué une rupture conceptuelle, avant d'inspirer lentement, mais durablement, l'évolution des pratiques, jusqu'à continuer de guider les approches contemporaines. Il rappelle que la substance n'est qu'un point d'entrée, parfois un symptôme ou un moyen de tenir debout dans une existence compliquée. Remplacer le produit sans toucher aux autres dimensions (douleurs, isolement, violence sociale ou précarité) revient à déplacer le symptôme sans en comprendre les causes.

Prenons l'exemple du traitement de substitution aux opioïdes. À l'époque où l'héroïne dominait les scènes de consommation (années 1980 à 2000), la mise en place de traitements de substitution représentait une avancée majeure. La méthadone, puis la buprénorphine ont permis d'apporter une forme de stabilité aux usagers, de réduire les risques infectieux, de diminuer les faits de petite délinquance¹ et de restaurer une certaine régularité dans le quotidien. Leur action prolongée assurait une couverture tout au long de la journée, permettant en quelque sorte de « mettre au repos » l'organisme et d'offrir une base plus stable pour entamer un travail psychologique ou social.

Cependant, depuis une quinzaine d'années, la consommation de cocaïne s'est diffusée massi-

vement à travers l'Europe. De nombreux patients sous traitement agoniste opioïde, n'ayant pas encore résolu leurs conflits internes ni trouvé d'équilibre dans leur environnement, ont alors eu recours à la cocaïne comme forme d'automédication. Ce phénomène met en lumière une réalité clinique importante : une addiction déjà présente constitue en elle-même un facteur de vulnérabilité pour l'émergence d'une nouvelle addiction. En d'autres termes, l'arrêt ou la substitution d'un produit ne suffit pas toujours à apaiser la souffrance sous-jacente. Celle-ci peut simplement se déplacer vers une autre substance ou un autre comportement. Cette dynamique se retrouve également dans les usages plus quotidiens. Ainsi, nos patients sont majoritairement polyconsommateurs, associant souvent tabac et alcool, voire d'autres substances telles que des médicaments détournés de leur usage médical, les benzodiazépines notamment. Ces usages s'inscrivent dans un contexte de banalisation des drogues légales, comme l'alcool, mais aussi d'une transition sociale qui rend certains produits, comme le cannabis, progressivement plus acceptables. Cela complexifie encore l'accompagnement, en brouillant les repères entre consommation problématique, norme sociale et soulagement subjectif.

Cette évolution nous rappelle les limites d'une approche purement pharmacologique de l'addiction. Si les traitements médicamenteux sont des leviers précieux, ils ne sauraient suffire à eux seuls. Dans certains cas, ils peuvent même n'apporter qu'un temps de répit avant que n'émerge une nouvelle forme de consommation. Ainsi, bien que l'addiction prenne appui sur l'usage d'un produit, elle ne saurait s'y réduire. Elle s'inscrit dans une dynamique complexe, à la croisée du psychique, du médical et du social. Pathologie chronique et évolutive, elle appelle des réponses plurielles, coordonnées, portées par des professionnels issus de champs complémentaires, réunis dans une approche véritablement interdisciplinaire. C'est d'ailleurs ce que reflète le terme « réseau » dans le nom « Réseau Alto », un choix qui n'est pas anodin. Il désigne une façon de travailler ensemble, en s'appuyant sur la diversité des métiers et des expériences. Le Réseau Alto regroupe des professionnels aux profils variés qui croisent leurs regards pour proposer des formations ancrées dans les réalités de terrain et adaptées à la complexité des situations rencontrées.

Car au-delà des pratiques professionnelles, ce sont aussi les représentations sociales qui méritent d'être questionnées. Si les usages se transforment, le regard de la société, lui, évolue lentement. Le poids du contexte social continue de façonner des perceptions rigides. Dans l'imaginaire collectif, la personne qui consomme reste souvent enfermée dans

des stéréotypes négatifs : elle est perçue comme une menace, un danger ou l'incarnation d'un échec. La stigmatisation est tenace. Le mot « déchet » n'est jamais bien loin. Et pourtant, ce que la société rejette dit beaucoup d'elle-même. « *Montre-moi tes déchets, je te dirai qui tu es.* » La manière dont une société traite les personnes les plus vulnérables, les plus en marge, révèle sa capacité à faire place, à inclure, à reconnaître la complexité de l'existence. Chaque accompagnement d'une personne en situation de dépendance engage une dimension politique, souvent invisible mais essentielle ; c'est faire le choix d'un regard qui ne réduit pas, qui n'étiquette pas, qui ne rejette pas ; c'est défendre l'idée que chaque personne a droit à un accompagnement digne, à une écoute et à un espace pour se reconstruire ; c'est résister à la tentation de la normalisation à tout prix, à la logique punitive et à la peur de la différence.

Les enjeux de société autour de l'addiction sont multiples, ils touchent à la santé mais aussi à la justice, à l'éducation, à l'emploi, à la précarité, au logement, à l'exclusion et à la violence. Ils touchent à la manière dont nous construisons le vivre-ensemble. La consommation de drogues interroge nos cadres, nos normes et nos seuils de tolérance et souvent, elle dérange. Elle est aussi révélatrice de failles plus profondes : une société anxigène, des liens sociaux fragilisés, une quête de performance permanente, une difficulté à faire face à l'ennui et parfois, la perte du sens de la vie.

Dans ce contexte, le rôle d'un réseau comme Alto est essentiel. Il ne s'agit pas seulement de former ou d'intervenir mais aussi de maintenir vivante une certaine éthique de l'accompagnement. Une éthique faite d'humilité, de patience, d'écoute et de respect ; une éthique qui refuse les réponses toutes faites, les discours simplistes et les logiques binaires ; une éthique qui accepte de ne pas toujours comprendre mais qui reste présente.

Trente ans après sa création, le Réseau Alto poursuit son chemin, avec la même conviction : celle que l'accompagnement des personnes concernées par des conduites de dépendance nécessite des professionnels formés, soutenus et reconnus. Ainsi, c'est à travers cette reconnaissance mutuelle que l'on contribue à construire des réponses plus justes et efficaces. Cette reconnaissance inclut aussi celle du savoir d'expérience des patients qui, par leurs récits, leurs parcours, leurs hésitations ou leurs élans, nous aident à affiner nos pratiques et à rester au plus près du réel.

Dans cette dynamique, le Réseau Alto a su adapter ses offres de formation à d'autres profils que

les médecins. Les modules intègrent aujourd'hui des thématiques variées telles que la réduction des risques, les nouveaux produits de consommation, les troubles psychiques et médicaux associés et la connaissance du réseau d'aide et de soins. Ils questionnent aussi les pratiques professionnelles elles-mêmes : comment poser un cadre sans exclure ? Comment accompagner sans infantiliser ? Comment rester attentif au langage utilisé, à ces mots qui blessent parfois ? Car les mots ont leur importance. Parler de « *toxicomanes* » renvoie à une vision réductrice, pathologisante, souvent stigmatisante. On préfère aujourd'hui parler de « *personnes concernées par une conduite de dépendance* », d'« *usagers de drogues* », de « *personnes en situation de consommation* ». Ce glissement lexical n'est pas anodin : il marque un déplacement du regard, une tentative de restituer aux personnes une part de leur humanité. On ne définit plus les individus uniquement à travers leur comportement ou leur pathologie.

Cette approche s'inscrit dans une réflexion plus large, portée notamment par des instances internationales comme le groupe Pompidou, l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA) ou le Consortium international des universités (ICUDDR), qui plaident pour une intégration des questions liées à l'usage de substances dans la formation de base de tous les professionnels du champ psychomédico-social. Pourtant, ces thématiques restent encore trop marginales dans les cursus initiaux, alors même que les professionnels sont régulièrement confrontés à des situations d'usage à risque et de dépendance. Ce manque de formation contribue à creuser un « *treatment gap* » important : un délai parfois long entre l'apparition des premières difficultés et la mise en place d'un accompagnement adapté.

Malgré les efforts de formation du Réseau Alto, une question demeure frustrante : que deviennent les professionnels une fois formés ? L'évaluation de l'impact est difficile, faute de retours de terrain suffisants. Comment transmettre efficacement des savoirs et s'assurer qu'ils seront réellement mis en pratique ? La réponse n'est pas simple. Notre conviction est qu'avant de transmettre des connaissances techniques, il faut d'abord toucher les professionnels en tant qu'êtres humains, avec des outils qu'ils peuvent s'approprier personnellement. C'est dans cette optique que nous avons notamment choisi d'emprunter le chemin de la métaphore pour éclairer autrement les enjeux du soin. Ainsi est née la métaphore de l'Himalaya, devenue aujourd'hui un fil rouge de nos interventions. Elle s'inscrit parmi d'autres outils développés au sein du Réseau Alto, tous pensés pour nourrir une approche sensible

et réflexive du soin. En établissant un parallèle entre les consommations des patients et nos propres attachements ou habitudes de vie, elle permet une mise en récit accessible, sensible et marquante du processus de changement. Bien plus qu'un simple outil pédagogique, elle offre un cadre symbolique puissant pour penser le soin en addictologie et pour susciter une réflexion profonde chez les professionnels.

L'HIMALAYA COMME CHEMIN DE TRANSFORMATION

Comme toute expédition en haute montagne, un éventuel sevrage ou un changement profond de rapport à un produit ne s'improvise pas. La métaphore de l'Himalaya permet d'inciter les professionnels à envisager autrement le parcours d'un patient, à y reconnaître les efforts invisibles, les phases de doute, la nécessité de pauses mais aussi de moments d'élan. Elle se décline en cinq grandes étapes (décrites ci-après). Le sommet visé n'est pas l'abstinence comme but unique ou systématique, mais bien la (re)construction d'un projet de vie, que celle-ci passe par une réduction des risques, une modification durable des usages ou, pour certains, par l'abstinence. Car derrière l'un des sommets de la chaîne de l'Himalaya se profilent bien d'autres sommets à atteindre, comme autant de défis de vie : restaurer des liens, retrouver une place professionnelle, redonner du sens à l'existence au-delà de la seule question des produits.

1. La préparation de l'expédition : poser les bases d'un changement

Avant de se lancer à l'assaut des sommets, chaque alpiniste consacre un temps long à se préparer : rassembler du matériel adapté, s'entourer d'une équipe de confiance, choisir un itinéraire, se former aux risques. Cette phase symbolise le temps de maturation avant la réduction de sa consommation ou son arrêt. Les objectifs peuvent alors rester ouverts et évolutifs, allant d'une réduction des usages à un arrêt complet, selon le moment et la situation de la personne. C'est ici que se formulent les premières questions : suis-je prêt ? Ai-je les bonnes ressources autour de moi ? Quelle est la meilleure voie pour moi ? À ce stade, rien n'est encore engagé concrètement, mais le travail de fond est déjà en route. Le patient n'est pas encore « en cure », mais commence à envisager un changement de vie, dont la cure ne sera qu'une étape parmi d'autres. Cette phase souligne l'importance d'un temps d'amont trop souvent négligé dans les prises en charge.

2. La mise en route : avancer à son rythme, sans perdre de vue la direction

Le départ se fait pas à pas. Il n'y a pas de pas plus important qu'un autre : tous sont nécessaires. Certains pas peuvent consister à sécuriser les usages ou à en réduire les risques, d'autres à modifier plus profondément le rapport au produit. Le dernier pas atteignant le sommet ne peut exister si le premier ne s'est pas fait. L'alpiniste, comme le patient, progresse en gardant un œil sur le sol tout en maintenant un cap plus lointain. Certains passages du chemin sont faciles et permettent l'échange, l'entraide ; d'autres, au contraire, sont escarpés, exigeant de marcher seul, parfois dans le vertige ou le silence. Mais même dans ces moments-là, la cordée symbolique qui le relie aux autres (soignants, proches, pairs) reste essentielle. Cette étape invite les professionnels à accompagner la progression avec bienveillance, en reconnaissant les efforts déployés, les peurs, les hésitations, tout en aidant à garder en vue ce qui motive la marche : où veut-on aller, une fois la consommation réduite ou laissée de côté ?

3. La chute : ne pas nier, mais intégrer le risque comme faisant partie du voyage

Dans toute ascension, le risque de chute est réel. On peut glisser malgré la prudence. Parfois la chute est sans conséquence, parfois elle impose un détour ou une hospitalisation. Ce moment, souvent perçu comme un échec, mérite d'être abordé dès le départ : en parler, c'est déjà s'y préparer. La rechute ne signe pas l'arrêt du parcours, elle peut même devenir un point d'apprentissage, un temps de recul pour mieux repartir. Dans la métaphore, l'équipe reste soudée malgré la chute grâce à la cordée. C'est une invitation pour les professionnels à maintenir le lien avec le patient, y compris dans les moments de repli ou de retour à la consommation.

4. Les camps de base : se poser, faire le point, repartir autrement

Les camps de base sont des zones de repos, de réévaluation et de préparation à la suite du parcours. Ils permettent de souffler, de revoir l'itinéraire, de s'acclimater. Dans le parcours de soin, ils peuvent correspondre à une cure, à un séjour thérapeutique ou à un tout autre moment de pause sécurisée. Ce ne sont pas des fins en soi mais des étapes précieuses pour redonner sens, évaluer les acquis, envisager de nouvelles stratégies. Le professionnel y trouve l'occasion de faire un bilan avec le patient, de valoriser le chemin déjà accompli et de rappeler que changer, ce n'est pas seulement arrêter, mais se réinventer, construire autre chose.

5. L'ascension finale : vigilance et humilité face à la réussite

Atteindre le sommet ne signifie pas que tout est acquis. C'est souvent au moment où le but semble proche que les dangers redoublent : fatigue, solitude, euphorie. La tentation est grande de croire que tout est derrière soi. Mais il faudra redescendre, revenir au quotidien, intégrer cette expérience. La réussite ne se mesure pas uniquement à l'absence de produit, mais à la capacité à maintenir des équilibres de vie plus stables et choisis.

La métaphore souligne ici l'importance de la suite : prévenir la rechute post-cure, éviter le piège de la toute-puissance, accompagner la personne dans la construction de nouveaux projets. L'atteinte du sommet devient ainsi le début d'une nouvelle phase de vie, pas sa conclusion.

UN OUTIL NARRATIF POUR OUVRIR LE DIALOGUE

En proposant cette métaphore, le Réseau Alto ne cherche pas à imposer un modèle rigide sur les parcours des patients. Il s'agit au contraire de donner un langage commun, une manière poétique et sensible de parler de ce qui ne se dit pas toujours facilement. Utilisée en formation, cette image de l'Himalaya aide les professionnels à sortir des logiques prescriptives pour entrer dans une posture plus empathique, plus consciente de la temporalité propre à chaque chemin. Elle rend aussi visible ce qui, dans les parcours de soin, reste souvent en arrière-plan : la solitude, les efforts discrets, la peur de retomber, le besoin de relais. Et elle rappelle que tout changement durable s'accompagne, pas à pas, encordé aux autres, dans un climat de confiance et de reconnaissance mutuelle.

Bibliographie

- **Lafontaine, J-B.** Les fruits d'une expérience : accompagnement des toxicomanes par les médecins généralistes. Alto-SSMG.
- **Schneeberger, P., & Brochu, S. (2000).** Le traitement de la toxicomanie comme alternative à l'incarcération : un sentier rocailleux. *Criminologie*, 33(2), 129-149. <https://doi.org/10.7202/004745ar>
- **Olievenstein, C. (1977).** Il n'y a pas de drogués heureux. Paris : Le Seuil.
- **Bello, P.-Y., Ben Lakhdar, C., Carrieri, M. P., Costes, J.-M., Couzigou, P., et al. (2010).** Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Les Éditions Inserm. <https://inserm.hal.science/inserm-02101488>
- **Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B., & Vénisse, J.-L. (2009).** Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 31(1), 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>
- **Lidsky-Haziza, D., Tran, N. T., & Simon, O. (2022).** L'impact des mots pour diminuer le stigma des troubles liés à l'utilisation de substances. In *Vulnérabilités, diversités et équité en santé* (pp. 229-238). Médecine & Hygiène.
- **Groupe Pompidou. (n.d.).** Groupe de coopération internationale du Conseil de l'Europe sur les drogues et les addictions. Conseil de l'Europe. <https://www.coe.int/fr/web/pompidou/about/pompidou-group-introduction>
- **European Union Drugs Agency (EUDA). (n.d.).** https://www.euda.europa.eu/about/mission_en
- **International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction (ICUDDR). (n.d.).** Our mission. <https://icuddr.org/about-icuddr/our-mission/>
- **Richelle, L., Kornreich, C., & Kacenenbogen, N. (2024).** Accompagnement des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale : État des lieux et pistes d'amélioration. Unité de recherche en Soins primaires, Faculté de médecine, ULB.
- **Mistiaen, P., Kohn, L., Mambourg, F., Ketterer, F., Tiedtke, C., Lambrechts, M. C., Godderis, L., Vanmeerbeek, M., Eyssen, M., & Paulus, D. (2015).** Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium – Supplement (KCE Report 258S). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_258S_alcohol_treatment_gap_Supplement_Report.pdf