

Fondation Phénix



Khadija Ammar

*Directrice médicale, médecin psychiatre
psychothérapeute Fédération des médecins
suisses (FMH)*

Nader Trigui

*Médecin psychiatre psychothérapeute
et responsable de pôle*

Paul Jennings

*Médecine interne générale FMH
et responsable de pôle*

Giovanni Innaurato

Médecine interne générale FMH

Jean-Marie Rossier

*Psychologue psychothérapeute
Fédération suisse des psychologues (FSP)*

PHÉNIX, 40 ANS D'ENGAGEMENT : MUTATIONS DES USAGES, CONTINUITÉ DES SOINS

Depuis quarante ans, la Fondation Phénix accompagne les personnes confrontées aux addictions dans un paysage clinique en constante mutation. À l'heure où les ressources se tendent et où l'addictologie demeure insuffisamment reconnue, l'expérience de Phénix rappelle qu'un engagement durable, interdisciplinaire et humain reste essentiel pour prévenir les ruptures de soins et répondre aux défis actuels et à venir.

La Fondation Phénix fête ses 40 ans d'activité à Genève. Créée en 1986 par le Dr Jean-Jacques Déglon, elle a émergé dans un contexte marqué par des réponses médicales et sociales encore largement inadaptées aux problématiques liées à l'usage d'héroïne. Les options thérapeutiques se limitaient alors à des cures de sevrage brèves, souvent inefficaces, ou à des psychothérapies analytiques peu adaptées aux réalités des patients. La dépendance était largement perçue comme une déviance morale ou un échec personnel, et l'usage de traitements agonistes opiacés – en particulier la méthadone – suscitait de fortes résistances, y compris au sein des milieux médicaux.

Confronté à ces impasses, le Dr Déglon défend une lecture de la dépendance comme un trouble chronique enraciné dans des vulnérabilités psychiques, sociales et neurobiologiques. Il s'oppose à l'idéo-

logie dominante de l'abstinence immédiate, alertant sur les syndromes déficitaires provoqués par les sevrages brutaux : asthénie, troubles du sommeil, irritabilité, instabilité émotionnelle... Des symptômes que la recherche identifiera plus tard comme l'expression de dérégulations durables des systèmes opioïdes et dopaminergiques [1].

En 1976, le Dr Déglon commence à prescrire la méthadone en cabinet privé, dans un climat d'hostilité institutionnelle. La réponse des patients est immédiate. À doses stables, la méthadone ne génère ni euphorie ni troubles de la vigilance chez les personnes dépendantes, confirmant son profil comme régulateur plutôt que drogue favorisant le plaisir [2]. Le médecin écrit : « *Malgré nous, nous avons dû admettre que l'action biologique de la méthadone primait largement nos talents psychothérapeutiques.* » [3]

En créant la Fondation Phénix dix ans plus tard, le Dr Déglon donne forme à un modèle de soins intégrés encore marginal à l'époque, rassemblant sous un même toit : soins somatiques et psychiatriques, accompagnement social, soutien psychothérapeutique, médiation corporelle et ateliers thérapeutiques. Ce modèle bio-psycho-social repose sur la continuité des soins, l'ajustement à la temporalité singulière des patient-es et la coordination interdisciplinaire.

La linéarité des parcours (sevrage > résidentiel > ambulatoire) laisse ainsi place à une clinique de la pluralité, marquée par l'instabilité, la chronicité et les ruptures. Il s'agit moins de « réinsérer » que de maintenir une présence clinique constante, de soutenir les liens thérapeutiques et de travailler avec la temporalité propre à chaque patient-e.

Ce cadre clinique, pensé comme une réponse durable aux réalités complexes des addictions, anticipe en particulier le pilier « thérapies » adopté par la Confédération suisse dès 1991 dans la politique nationale des quatre piliers [4]. Aujourd'hui encore, ce modèle demeure d'actualité : en 2024, la Fondation Phénix a accompagné plus de 1 300 personnes confrontées à des addictions [5].

DIVERSIFICATION DES PROFILS ET ADAPTATION DES SOINS

Depuis le début des années 2000, le paysage addictologique en Suisse et en Europe s'est profondément transformé. Après avoir dominé les décennies 1980-1990, la consommation problématique d'héroïne a reculé, tant en termes d'initiation que de demande de soins. Cette évolution, liée à la diffusion des traitements agonistes opiacés et du traitement assisté à l'héroïne (HAT), mais aussi à une moindre disponibilité de cette substance sur le marché illégal [6], illustre le succès de la politique des quatre piliers.

Ce recul a laissé la place à une nouvelle phase, marquée par l'émergence de nouveaux usages et la diversification des profils. À Genève, les données de drug checking (2019-2022) [7] montrent que la cocaïne et la MDMA dominent désormais les analyses, la première affichant une pureté élevée, tandis que la kétamine apparaît régulièrement. Ces observations rejoignent les tendances européennes : hausse des demandes de soins pour usage de cocaïne et inquiétude croissante autour des opioïdes de synthèse et des dissociatifs [8]. La polyconsommation et des pratiques comme le chemsex complexifient encore les prises en charge. L'irruption du crack dans l'espace public en est une illustration : ses effets rapides et son mode de consommation

entraînent agitation, désorganisation et grande vulnérabilité sociale.

À ces addictions aux substances s'ajoutent désormais des addictions sans substances, jeux d'argent, usage problématique des écrans, achats compulsifs, hyperconnectivité, travail ou sexualité compulsive. Elles élargissent le champ d'intervention et interrogent les frontières de l'addictologie.

Ces mutations s'accompagnent de conséquences cliniques majeures : allongement des trajectoires de soins, aggravation des comorbidités psychiatriques (anxiété, dépression, troubles du stress post-traumatique, trouble de l'attention avec hyperactivité) et somatiques (troubles cardiovasculaires liés à la cocaïne, atteintes urinaires dues à la kétamine, pathologies infectieuses persistantes). Elles accentuent aussi les vulnérabilités sociales, marquées par la précarité, l'isolement et la stigmatisation. Les structures ambulatoires doivent ainsi sans cesse adapter leurs dispositifs pour maintenir le lien thérapeutique et prévenir les ruptures.

Dans ce contexte, le modèle bio-psycho-social permet d'ajuster l'accompagnement aux profils variés, de répondre à des usages allant des consommations festives occasionnelles aux parcours marqués par la précarité et la chronicité, et d'améliorer la rétention dans les soins tout en réduisant les rechutes [9].

Forte de cette approche, la Fondation Phénix a élargi son spectre d'intervention. Le centre Envol, ouvert en 2001, s'est spécialisé dans la prise en charge de l'alcool. En 2010, une consultation pour adolescent-es et jeunes adultes a vu le jour pour répondre aux usages précoces (cannabis, alcool, écrans). En 2011, un centre spécifique a été inauguré, réunissant une équipe pluridisciplinaire travaillant en lien étroit avec familles, écoles et institutions.

La prévention a également été renforcée : interventions scolaires pour sensibiliser élèves et enseignants, conventions avec les établissements de jeux d'argent dès 2012 et partenariats avec des entreprises pour aborder l'addiction au travail, la gestion du stress ou les consommations problématiques liées au milieu professionnel.

Enfin, pour lever les freins persistants à l'accès aux soins, honte, culpabilité, peur du rejet, difficultés administratives, une permanence addictologique propose un accueil gratuit, anonyme et sans rendez-vous à toute personne concernée par une addiction ainsi qu'à ses proches. En parallèle, un fonds social, alimenté par des dons, permet d'apporter une aide d'urgence face aux situations critiques : risque imminent de perte de logement, besoins fondamentaux, ou encore accès à un téléphone pour maintenir le lien thérapeutique.

MAINTIEN DE L'APPROCHE INTÉGRÉE

Le psychiatre français Dr Claude Olievenstein décrit l'addiction comme le produit d'une interaction complexe entre une substance, une personne et un contexte socio-culturel, ce qui justifie l'intérêt du modèle bio-psycho-social adopté par la Fondation Phénix dès sa création. En articulant soins médicaux, psychothérapeutiques et accompagnement social, ce modèle conserve toute sa pertinence face à la diversification des profils et à l'émergence de nouvelles formes d'addiction au cours des dernières décennies.

Chaque personne bénéficie d'un projet personnalisé de suivi, élaboré avec un-e soignant-e-référent-e selon ses attentes et besoins : santé physique et psychique, vie familiale, insertion sociale ou professionnelle, démarches administratives. Les objectifs (abstinence, réduction des risques, consommation contrôlée) sont définis par la personne elle-même, puis régulièrement réévalués. L'accompagnement inclut les proches et mobilise un réseau institutionnel et communautaire, renforçant ainsi l'alliance thérapeutique et la continuité des soins [10] [11].

La diversité des approches illustre cette intégration. Aux suivis individuels s'ajoutent les groupes psychothérapeutiques qui favorisent cohésion, résonance interpersonnelle et soutien mutuel, contribuant à la régulation émotionnelle et à la réhabilitation des compétences sociales [12]. Des médiations complémentaires — art-thérapie, approches corporelles (auriculothérapie NADA ou National Acupuncture Detoxification Association, relaxation, marche active), ateliers créatifs — enrichissent le travail sur l'expression de soi et le rétablissement psychique. L'accompagnement social reste un pilier, stabilisant logement, dettes ou emploi, conditions essentielles à la poursuite d'un projet thérapeutique.

Ce modèle intégré permet d'ancrer les soins dans la durée, de prévenir l'usure thérapeutique et d'ouvrir de nouvelles perspectives malgré les rechutes. Les recherches confirment que les programmes intégrés améliorent la rétention, réduisent la morbidité et renforcent la qualité de vie [13] [14].

Enfin, il bénéficie aussi aux équipes. Dans les situations complexes, marquées par des échecs répétés et un sentiment d'impuissance, la pluridisciplinarité permet de partager le poids clinique, de multiplier les angles de lecture et de redonner du souffle collectif. Cette dynamique interprofessionnelle nourrit la créativité, protège du découragement et incarne l'esprit de Phénix : répondre ensemble à la complexité des addictions par un engagement durable et une présence constante.

DIVERSIFICATION DES THÉRAPIES PROPOSÉES

Devant l'évolution des profils cliniques et la complexification des usages, l'élargissement de l'arsenal thérapeutique s'est imposé comme une nécessité, dans la continuité du modèle intégré. Les approches traditionnelles – suivis individuels, groupes psychothérapeutiques et accompagnement social – demeurent centrales, mais elles sont désormais complétées par des dispositifs spécifiques, adaptés à des besoins ciblés.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) constituent une base solide, mais sont aujourd'hui enrichies par les approches dites de troisième vague, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ou la thérapie comportementale dialectique (DBT). En mettant l'accent sur l'acceptation, la pleine conscience et la flexibilité psychologique, elles aident les patient-es à vivre en cohérence avec leurs valeurs malgré les difficultés. Leur efficacité est démontrée en addictologie, tant pour réduire la souffrance psychique que pour renforcer l'engagement [15] [17].

Certaines approches ciblent plus spécifiquement les traumatismes et les troubles de la personnalité, fréquents dans les parcours addictifs. La thérapie basée sur la mentalisation (MBT) favorise la compréhension des états mentaux [18]. L'EMDR (pour Eye Movement Desensitization and Reprocessing) a montré son efficacité dans le traitement des pathologies traumatiques, en réduisant l'impact des souvenirs intrusifs sur la consommation [19]. L'hypnose thérapeutique est mobilisée comme adjuvant pour réguler les émotions, apaiser le craving et réduire l'anxiété ou la douleur [20].

Les thérapies systémiques occupent également une place importante, en particulier dans l'accompagnement des familles. Elles visent à travailler les interactions, réduire les dynamiques dysfonctionnelles et mobiliser l'entourage comme ressource. La MultiDimensional Family Therapy (MDFT), déployée dans la consultation spécialisée pour adolescent-es et jeunes adultes, agit simultanément sur les dimensions individuelles, familiales, scolaires et sociales, avec des bénéfices démontrés sur la consommation, la santé mentale et la qualité des relations [21]. Deux études internationales auxquelles Phénix a participé ont confirmé son efficacité, tant dans la réduction de la dépendance au cannabis que dans la prise en charge des usages problématiques de jeux vidéo [22] [23]. Ces résultats attestent de la solidité scientifique et clinique de la MDFT, intégrée de longue date au dispositif pour adolescents.

Dans le prolongement de cette diversification, l'art-thérapie occupe une place croissante, en particulier auprès des jeunes. Les médiations artistiques – dessin, peinture, collage, écriture – offrent une modalité d'expression non verbale précieuse pour explorer les vécus liés à l'addiction, restaurer le sentiment d'identité et renforcer les compétences relationnelles. Une revue récente souligne que ces interventions favorisent l'*empowerment* et l'engagement des jeunes [24].

De nouveaux champs d'intervention sont aussi investis. Les troubles du sommeil, très fréquents en addictologie, aggravent la vulnérabilité émotionnelle et favorisent les rechutes. Leur exploration et la mise en place de protocoles combinant psychoéducation, TCC et relaxation visent à réduire ce facteur de risque souvent négligé. Une autre orientation concerne le TDAH, particulièrement prévalent chez les patients souffrant d'addictions. Des programmes associent diagnostic structuré, interventions psychoéducatives, soutien pharmacologique et thérapies centrées sur la régulation attentionnelle et émotionnelle.

Enfin, la thérapie virtuelle ouvre de nouvelles perspectives grâce aux dispositifs immersifs. La réalité virtuelle permet de travailler l'exposition graduée, la gestion du craving, la régulation du stress et la prévention des rechutes. Ces outils, particulièrement adaptés aux jeunes adultes, contribuent à renforcer l'adhésion et l'implication dans les suivis.

L'ensemble de ces approches s'inscrit dans la logique bio-psycho-sociale, dont la force réside dans la souplesse : ajuster les interventions à la temporalité et à la réalité de chaque patient, maintenir l'alliance thérapeutique et cibler à la fois les consommations et les vulnérabilités psychiques et sociales. En conjuguant pratiques éprouvées et dispositifs novateurs, Phénix assure la continuité des soins tout en ouvrant de nouvelles perspectives thérapeutiques.

DÉFIS ACTUELS ET À VENIR

L'histoire de Phénix s'est d'abord inscrite dans l'évidence des traitements agonistes opiacés, qui ont transformé le pronostic des héroïnomanes et ouvert l'accès aux soins intégrés. Aujourd'hui, l'un des défis majeurs réside précisément dans ce qui manque : l'absence de traitement de substitution pour certaines substances, notamment la cocaïne et le crack. Alors que les agonistes opiacés ont longtemps offert un cadre stabilisant – contacts réguliers, continuité de suivi, alliance thérapeutique facilitée –, les usagers de stimulants doivent s'appuyer sur des approches psychosociales et psychothérapeutiques dont les effets se déploient plus

lentement. Ce décalage entre l'urgence vécue par les patients et la temporalité des bénéfices fragilise le maintien dans les soins et accroît le risque de ruptures, souvent suivies de reprises en contexte de crise [25].

Face à cette réalité, les équipes privilégient des interventions centrées sur la gestion du craving, l'adaptation sociale et le soutien au logement. Il s'agit d'offrir des espaces sécurisés permettant de maintenir le lien thérapeutique malgré l'instabilité des parcours. Le travail de réduction des risques devient alors central, mais il est éprouvant pour les soignants : la répétition des crises, les rechutes fréquentes et l'instabilité relationnelle génèrent un sentiment d'usure, parfois d'impuissance. Les coordinations et supervisions d'équipe jouent ici un rôle protecteur, permettant de contenir ce vécu et de renouveler l'engagement, un enjeu essentiel pour prévenir l'épuisement professionnel [26].

Un autre défi concerne le vieillissement des patients : l'âge moyen des personnes sous TAO (traitement par agoniste opioïde) est passé de 39,6 ans en 2010 à 47,1 ans en 2020, et la proportion de patient·e·s âgé·e·s de 60 ans et plus a explosé, multipliée par dix sur cette même période [27]. Si cette longévité traduit un succès thérapeutique, elle s'accompagne de nouvelles vulnérabilités : séquelles des consommations, maladies chroniques, troubles cognitifs [28], isolement social et stigmatisation persistante. Beaucoup de ces patients se retrouvent dans une zone grise de l'offre de soins, les structures gériatriques étant peu préparées à les accueillir. Phénix s'efforce dès lors de construire des ponts avec les structures spécialisées, tout en adaptant ses propres suivis pour accompagner le vieillissement, préserver la vie sociale et anticiper les pertes d'autonomie.

Enfin, la réduction progressive des places d'hospitalisation en addictologie limite l'accès à des prises en charge intensives et contenantes lors des phases de crise. L'ambulatoire favorise certes l'ancrage dans le quotidien et la continuité des soins, mais il montre ses limites lorsque la sécurité et la contenance deviennent prioritaires. Les équipes doivent alors mobiliser des ressources importantes – entretiens non planifiés, interventions à domicile, accompagnements urgents – pour assumer cette fonction de « contenant », avec des moyens qui ne sont pas toujours adaptés à l'intensité des besoins. Ces efforts, souvent difficilement valorisés dans les systèmes de facturation, mettent en évidence la nécessité de dispositifs de crise spécifiques en ambulatoire, associant interventions psychosociales intensives, travail de liaison avec les proches et accompagnement renforcé dans le milieu de vie. Bien que coûteuses en temps et en énergie pour les équipes, ces approches constituent un levier essentiel pour prévenir les ruptures de soins et limiter les hospitalisations évitables [29].

RÉFLEXION SUR LES LIMITES DU SYSTÈME ET LES ENJEUX À RELEVER

Dans le bassin genevois, l'offre en addictologie est diversifiée — des services spécialisés publics (en psychiatrie et en médecine de premier recours), des médecins de famille ou psychiatres pratiquant en cabinet privé, dispositifs bas-seuil — mais demeure fragmentée, avec un risque élevé de ruptures de suivi. C'est précisément là que la Fondation Phénix a une place particulière, surtout pour des personnes avec des troubles d'usage de substances trop complexes pour une prise en soins en cabinet privé, mais qui ne se sentent pas à leur place en médecine publique. En réunissant soins médicaux, psychothérapies et accompagnement social dans un modèle bio-psycho-social intégré, nous parvenons à limiter les décrochages qui atteignent jusqu'à 40 % en psychothérapie ambulatoire et davantage encore dans les soins spécialisés.

Cette capacité à maintenir le lien thérapeutique malgré la précarité, la démotivation ou les comorbidités illustre la pertinence et la solidité du modèle. Cependant, ce dispositif exige un investissement considérable, tant en temps qu'en énergie humaine. Les espaces de coordination interdisciplinaire, qu'ils soient internes ou en réseau, sont indispensables pour ajuster les suivis, mais représentent un coût organisationnel rarement reconnu dans les systèmes de facturation. De même, les rendez-vous manqués, fréquents chez des patient·es en grande instabilité sociale, constituent un temps invisible mais essentiel pour maintenir l'alliance thérapeutique et prévenir les ruptures. Or, ces absences ne peuvent être assumées financièrement par les patient·es, plaçant les équipes face à un dilemme éthique constant.

À cela s'ajoute une contrainte croissante sur l'accès médical. Alors que les situations cliniques se complexifient — cumul de comorbidités psychiatriques et somatiques, vieillissement, précarité —, le temps médical disponible reste limité et difficilement extensible. Cette tension accroît la charge portée par les autres professionnels et fragilise l'équilibre global du dispositif. Plusieurs travaux rappellent que les besoins en addictologie dépassent largement les ressources disponibles, exposant les équipes à l'épuisement et à une baisse de qualité si des soutiens structurels ne sont pas garantis [30].

Sur le plan structurel, l'addictologie demeure encore marginalisée dans le financement des soins. Les actes spécifiques — accompagnement psychosocial intensif, travail de réseau, gestion des crises dans le milieu de vie — sont insuffisamment reconnus par les assurances, alors même qu'ils constituent des leviers essentiels pour stabiliser les patients les plus vulnérables [31]. Le modèle Phénix, par son ambition intégrative, se trouve donc pris entre deux forces contraires : répondre à une complexité clinique croissante tout en évoluant dans un cadre administratif et économique qui peine à refléter cette réalité.

L'enjeu consiste dès lors à maintenir la qualité des soins malgré l'érosion des moyens. Cela suppose de défendre la spécificité de l'addictologie auprès des autorités et des assurances, de valoriser les espaces de coordination comme partie intégrante du travail clinique, enfin de préserver un accueil inconditionnel, même dans les contextes de forte instabilité sociale. La résilience des équipes, leur engagement collectif et leur créativité organisationnelle constituent ici des ressources déterminantes. C'est par cette capacité de résistance que la Fondation Phénix pourra continuer à tenir son cap, en protégeant la qualité et l'humanité de son accompagnement dans un système de santé sous tension.



▲ Fondation Phénix
Centre Chêne, site historique inauguré en 1986.



▲ Fondation Phénix
Plaquette de présentation.

▲ Fondation Phénix
Dispensation de traitement par agonistes opioïdes (TAO). ▶



Bibliographie

- [1] Kreek, M. J. *et al.* Opiate addiction and cocaine addiction: underlying molecular neurobiology and genetics. *J. Clin. Invest.* **122**, 3387–3393 (2012).
- [2] Déglon, J. J. [Clinical aspects and evaluation of methadone substitution therapy]. *Thérapie* **50**, 537–542 (1995).
- [3] Déglon, J.-J. La méthadone, un levier important pour une prise en charge efficace des héroïnomanes. *Dépendances* 27–31 (2000).
- [4] Plan de mesures 2025–2028 de la Stratégie nationale Addictions. 1–50 <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/f15cf62a-5a06-4a21-88e1-8b3621cfd8fc.pdf> (2024).
- [5] Fondation Phénix, Rapport d'activité 2024. <https://www.phenix.ch/document/rapport-dactivite-2024/> (2025).
- [6] Uchtenhagen, A. Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. *Addiction* **105**, 29–37 (2010).
- [7] Augsburger, M. *et al.* Interest of drug checking supply: Results of 3 years of activity in Geneva. *Toxicologie Analytique et Clinique* **34**, S32–S33 (2022).
- [8] Agence de l'Union européenne pour les drogues (EUDA). *Rapport européen sur les drogues 2025 : tendances et évolutions*. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en (2025).
- [9] Petitjean, S. A. *et al.* A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* **145**, 94–100 (2014).
- [10] Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* **100**, 304–316 (2005).
- [11] Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chic)* **55**, 316–340 (2018).
- [12] Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P. & Cogley, C. B. Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harv Rev Psychiatry* **12**, 339–350 (2004).
- [13] Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F. & McHugo, G. J. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J* **27**, 360–374 (2004).
- [14] Torrens, M., Fonseca, F., Castillo, C. & Domingo-Salvany, A. Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bull. World Health Organ.* **91**, 136–141 (2013).
- [15] McHugh, R. K., Hearon, B. A. & Otto, M. W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* **33**, 511–525 (2010).
- [16] Davoudi, M., Allame, Z., Foroughi, A. & Taheri, A. A. A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy (DBT) for reducing craving and achieving cessation in patients with marijuana use disorder: feasibility, acceptability, and appropriateness. *Trends Psychiatry Psychother* **43**, 302–310 (2021).
- [17] Lee, E. B., An, W., Levin, M. E. & Twohig, M. P. An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* **155**, 1–7 (2015).
- [18] Bateman, A. & Fonagy, P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* **166**, 1355–1364 (2009).
- [19] Perez-Dandieu, B. & Tapia, G. Treating Trauma in Addiction with EMDR: A Pilot Study. *Journal of Psychoactive Drugs* **46**, 303–309 (2014).
- [20] Jones, H. G. *et al.* Adjunctive use of hypnosis for clinical pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Rep* **9**, e1185 (2024).
- [21] Liddle, H. A. Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Implementation in Community Settings. *Fam Process* **55**, 558–576 (2016).
- [22] Schaub, M. P. *et al.* Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry* **14**, 26 (2014).
- [23] Nielsen, P. *et al.* Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial. *J Behav Addict* **10**, 234–243 (2021).
- [24] Maina, G. *et al.* Exploring arts-based interventions for youth substance use prevention: a scoping review of literature. *BMC Public Health* **22**, 2281 (2022).
- [25] Kampman, K. M. The treatment of cocaine use disorder. *Sci Adv* **5**, eaax1532 (2019).
- [26] Broekaert, E., Vandeveldel, S., Soye, V., Yates, R. & Slater, A. The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *Eur Addict Res* **12**, 1–11 (2006).
- [27] LSchwarz, T. *et al.* Opioid agonist treatment in transition: A cross-country comparison between Austria, Germany and Switzerland. *Drug Alcohol Depend* **254**, 111036 (2024).
- [28] Mayer-Eckardt, L. N. *et al.* Somatic and mental health among older patients in opioid agonist therapy: a cross-sectional geriatric assessment study. *Heroin Addict Relat Clin Probl* **26**, 1–12 (2024).
- [29] McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* **284**, 1689–1695 (2000).
- [30] Barry, C. L., Goldman, H. H. & Huskamp, H. A. Federal Parity In The Evolving Mental Health And Addiction Care Landscape. *Health Aff (Millwood)* **35**, 1009–1016 (2016).
- [31] Volkow, N. D. & Blanco, C. The changing opioid crisis: development, challenges and opportunities. *Mol Psychiatry* **26**, 218–233 (2021).