

NUMÉRO 07 - DÉCEMBRE 2022

ADDICTION(S): recherches et pratiques

REVUE INTERNATIONALE

POUR UNE APPROCHE
ÉCOLOGIQUE DE LA SANTÉ
MENTALE EN ADDICTOLOGIE

SOMMAIRE

ÉDITO

Romain Bach et Camille Robert P. 04

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS INDUITS PAR UNE SUBSTANCE : UN ENJEU POUR LES CLINICIENS ET POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Christophe Al Kurdi P. 05

RENAISSANCE PSYCHÉDÉLIQUE : DE PRUDENTES APPLICATIONS CLINIQUES

Natalie Castetz P. 07

L'APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE : UNE LECTURE PROCESSUELLE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES CONDUITES ADDICTIVES

Grégory Lambrette P. 09

« LE ZINE, LA FACE CACHÉE DE LA SOCIÉTÉ » :

PRISE DE PAROLE DE JEUNES ADULTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

A. Cecilia Villela Guilhon, I. Antigua, A. Prince-Boucher, Edmonton, G. Caron, Cleaved,pen,
N. Lefrançois, MP, Y. Morin, Taz, S. Knight, L. Robidoux Léonard, T. Haig, K. Bertrand et C. Côté P. 11

L'APPROCHE INTÉGRATIVE :

UN PARTENARIAT TRIPARTITE AUTOUR D'UNE ÉTHIQUE DU SOIN

Georges Brousse et Alain Morel P. 13

SE LIBÉRER DE L'HYPERMÉDICALISATION

Natalie Castetz P. 15

L'ATELIER DE CRÉATION ARTISTIQUE : UN OUTIL FONDAMENTAL POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Éléna Bienfait P. 17

UNE RÉPONSE CULTURELLEMENT ADAPTÉE POUR FAIRE FACE À L'ENNUI ET AUX PENSÉES NÉGATIVES DANS UN PROGRAMME DE GESTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL POUR PERSONNES AUTOCHTONES À MONTRÉAL

R. Motta-Ochoa, N. Incio-Serra, M. Alsop, S. Marsan, A. Talbot, M. Mbackou Temgoua
et J. Flores-Aranda P. 21

LES MOTIVATIONS À L'USAGE DE DROGUES : UNE DIVERSITÉ TROP SOUVENT OUBLIÉE

Michaël Hogge P. 23

LES THÉRAPIES ALTERNATIVES, DES PISTES QUE LA SCIENCE DOIT ENCORE VALIDER

Natalie Castetz P. 26

LES RECOVERY COLLEGES, OU COLLÈGES DE RÉTABLISSEMENT :

DES FORMATIONS QUI INTÈGRENT LA DIMENSION EXPÉRIENTIELLE DE L'ADDICTION

Jean Clot et Gaél Lehmann P. 28

LE SPORT-AVENTURE COMME ESPACE DE RENCONTRE AVEC SOI ET LES AUTRES

Florence Cordi P. 33

L'ADOPTION D'UNE APPROCHE HOLISTIQUE ET CENTRÉE SUR LES FORCES POUR MIEUX SOUTENIR LE PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE AU LONG COURS D'USAGE DE SUBSTANCES

Myriam Beaulieu, Joël Tremblay et Karine Bertrand P. 35

EN QUOI L'ACCOMPAGNEMENT HOLISTIQUE VERS LE RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CONTRIBUE À UNE MEILLEURE GESTION DES CONSOMMATIONS ADDICTIVES : L'EXEMPLE DU CLUBHOUSE

Nathalie Lancial et Jean-Philippe Cavroy P. 37

INTERVENTION CONCERTÉE AUPRÈS DE PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHOTIQUES EN CONCOMITANCE AVEC UNE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Nadine Blanchette-Martin, Francine Ferland, Chantal Plourde et Rosalie Genois P. 39



Camille Robert
Co-secrétaire générale
du Groupement romand
d'études des addictions (GREA)

Romain Bach
Co-secrétaire général
du Groupement romand
d'études des addictions (GREA)

POUR UNE APPROCHE ÉCOLOGIQUE DE LA SANTÉ MENTALE EN ADDICTOLOGIE

Les addictions se retrouvent à la croisée du biologique, du psychologique et du social, c'est une évidence depuis plusieurs décennies. Il fut un temps où le modèle dominant était biomédical. Les choses ont changé dans les années 1970 et depuis les travaux désormais célèbres de Engel en Amérique ou Olievenstein dans le monde francophone. Les spécialistes des addictions doivent désormais prendre en compte cette dimension qui peut rapidement les dépasser : le social. Mais ce nécessaire dépassement d'une vision centrée sur l'individu ne concerne pas uniquement le champ des addictions. Il vaut également pour la santé mentale qui lui est étroitement liée.

Selon les conceptions de la sociologie classique, de Durkheim à Bourdieu, le tout dépasse la somme des parties et se traduit par des phénomènes sociaux qu'il nous faut comprendre. Il y a des éléments qui se combinent et s'assemblent, mais pris ensemble, ils composent une autre image, que l'on peut appeler aussi nature, environnement, culture, en fonction des lunettes que l'on adopte. Il convient toutefois de ne jamais oublier qu'il y a un continuum entre ces éléments.

Les addictions, ainsi que la santé mentale, nous en donnent un excellent aperçu. Une substance rencontre ensuite un être vivant, par hasard et cela, au fur et à mesure de son histoire, influence sa santé mentale. Lors de la consommation, des effets sont ressentis, vécus, parfois subis. Il peut y avoir un changement du rapport au monde et un impact sur la santé psychique. Mais peut-être est-ce l'inverse ? Les relations de cause à effet sont complexes à établir. Petit à petit, certains êtres vivants développent des pratiques qui deviennent parfois des habitudes et qui s'inscrivent finalement dans ce que l'on peut appeler une culture : quelque chose qui soude un groupe et est transmis par des valeurs, des traditions, l'art ou encore des croyances.

Dans la culture contemporaine postmoderne, nous étudions la manière dont les cultures se construisent (*la santé mentale dans l'histoire*), nous en nommons les éléments (*les neurosciences s'intéressent aux mécanismes chimiques lors de la consommation de substances ou de problèmes psychiques*) et nous prenons conscience des mécanismes qui se mettent en place (*le burn-out, la dépression, le trouble de l'usage d'une substance*). Mais nous découvrons également les discours construits autour des phénomènes (*la santé mentale se soigne avec des substances, la drogue doit être combattue ou, au contraire, elle doit être comprise de manière holistique*). Nous pouvons nommer ce type d'approche « acteur réseau » à la suite de Bruno Latour par exemple, ou suivre d'autres visions, mais aborder les choses ainsi permet de ne pas se laisser aller à des approches réductionnistes : la santé mentale est bien un phénomène biopsychosocial.

Forts de ces constats, nous nous intéressons dans ce numéro d'*Addiction(s) : recherches et pratiques*, à la manière dont il est possible d'aborder la santé mentale. Les articles qui suivent présentent de nombreux éléments qui font comprendre la complexité de la situation. Ainsi, la société vieillit et la pyramide des âges change : comment le prendre en compte de manière systémique ? Comment les discours transmettent-ils des approches de la santé mentale ? Que peuvent nous apprendre les peuples premiers sur leurs propres usages et traditions ? Faut-il avancer avec une vision ancrée uniquement dans une approche chimique ou s'ouvrir à des approches alternatives ? Voilà autant de questions qui intéressent les spécialistes des addictions, mais aussi les personnes concernées.

Voilà déjà bien longtemps que les professionnels des addictions ont compris ces enjeux. Aujourd'hui, le parcours de soin se doit d'être intégratif et de prendre en compte les multiples facettes de la vie de la personne. Les enjeux de santé mentale, dans une ère post-covid et de dérèglement climatique, prennent de plus en plus d'importance, notamment chez les jeunes. Le GREA fait figure de pionnier en Suisse avec son projet de collège du rétablissement qui permet à des binômes formés de professionnels et de pairs-aidants de donner des cours dans une perspective de rétablissement : un article y est d'ailleurs consacré dans ce numéro. Ce projet s'inscrit dans une longue tradition qui consiste à favoriser la parole et la pleine participation des usagers et usagers, et ce à chaque niveau de la société : une participation rendue difficile dans nos sociétés qui veulent faire taire les personnes différentes, marginalisées et qui débordent de notre cadre culturel.

Un projet comme la revue *Addiction(s) : recherches et pratiques* permet justement de dialoguer au-delà de nos frontières régionales, de confronter nos points de vue, d'apprendre et de remettre en question nos préjugés. En tant que nouvelle et nouveau co-secrétaires généraux du GREA, nous sommes honorés de pouvoir y contribuer et nous réjouissons de la multitude d'idées nouvelles, de débats et de discussions qui en jailliront encore ces prochaines années.



© DR



Christophe Al Kurdi
Chargé de recherche au GREA

1 C. Al Kurdi et F. Rosselet, « Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs », Groupement romand d'études des addictions (GREA), Lausanne, janv. 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.grea.ch/publications/rapport-TUS-2022>.

2 M. L. Copersino, W. Fals-Stewart, G. Fitzmaurice, D. J. Schretlen, J. Sokoloff, et R. D. Weiss, « Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders », *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 17, no 5, p. 337, 2009, doi : <https://doi.org/10.1037/a0017260>.

3 F. Vabret *et al.*, « Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage », *Presse médicale*, vol. 45, no 12, Part 1, p. 1124-1132, déc. 2016, doi : 10.1016/j.lpm.2016.01.030.

4 N. Cabé *et al.*, « Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge », *L'Encéphale*, vol. 42, no 1, p. 74-81, févr. 2016, doi : 10.1016/j.encep.2015.12.012.

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS INDUITS PAR UNE SUBSTANCE : UN ENJEU POUR LES CLINICIENS ET POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Historiquement associés à l'alcoolodépendance, les troubles neurocognitifs induits par une substance constituent un défi non seulement pour la prise en charge dans les services en addictologie, mais également pour la santé publique. Cet article, issu d'une recherche exploratoire menée par le GREA¹ pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), survole ces deux aspects et se conclut par des recommandations pour la pratique.

ENJEUX CLINIQUES

Depuis longtemps, l'alcoolodépendance est connue pour entraîner de graves lésions cérébrales qui peuvent déboucher sur des déficits cognitifs persistants tels que la démence alcoolique ou le syndrome de Korsakoff. Mais ce n'est que récemment que les cliniciens se sont intéressés à des formes moins sévères, dénommées « Mild Cognitive Impairment » (MCI). Bien qu'elles n'affectent pas les activités de la vie quotidienne de manière aussi sévère que les démences alcooliques, les MCI péjorent grandement la prise en charge des usagers dans les services d'addictologie². En effet, comme le relèvent François Vabret et son équipe, « *qu'il s'agisse des thérapies inspirées par les associations d'anciens buveurs, ou plus récemment des thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales, les soins visant à renforcer les changements dans*

l'usage de l'alcool (que ce soit dans un but d'abstinence ou de modération) reposent sur des processus cognitifs »³. Un autre intérêt à intervenir dès la détection des MCI, et non des moindres, est dû au fait que, contrairement aux démences, les MCI sont en partie spontanément réversibles avec le maintien de l'abstinence dans le temps ou la diminution drastique de la consommation d'alcool⁴.

D'ailleurs, la nouvelle version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 paru en 2013) a reconnu l'importance des MCI et des démences secondaires via la création du diagnostic de « Trouble neurocognitif (TNC) majeur ou léger induit par une substance/un médicament ». Celui-ci a le mérite d'étendre ce qui avait été compris pour l'alcool à d'autres substances psychoactives, qu'elles soient prescrites (médicaments) ou non (drogues légales et illégales), et d'indiquer

5 J. Pantel, « Sucht und demenzielle Erkrankungen : Grundlagen und Interventionen in Beratung und Therapie », in *Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen*, T. Hoff, Éd. Berlin, Heidelberg : Springer, 2018, p. 139-157. doi : 10.1007/978-3-662-53196-9_7.

6 G. Livingston *et al.*, « Dementia prevention, intervention, and care : 2020 report of the Lancet Commission », *The Lancet*, vol. 396, no 10248, p. 413-446, août 2020, doi : 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

7 M. Schwarzingler *et al.*, « Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13 : a nationwide retrospective cohort study », *Lancet Public Health*, vol. 3, no 3, p. e124-e132, mars 2018, doi : 10.1016/S2468-2667(18)30022-7.

8 OMS, « Dossier succincts tabac : tabac et démence », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. [En ligne]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332581>

9 S. Billioti de Gage, A. Pariente, et B. Bégaud, « Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia ? », *Expert Opin. Drug Saf.*, vol. 14, no 5, p. 733-747, mai 2015, doi : 10.1517/14740338.2015.1014796.

10 A. Arora, A. O'Neill, P. Crome, et F. C. Martin, « Clinical Medicine and Substance Misuse », in *Substance Use and Older People*, John Wiley & Sons, Ltd, 2014, p. 35-55. doi : 10.1002/9781118430965.ch5.

11 H.-Y. Park, J.-W. Park, H. J. Song, H. S. Sohn, et J.-W. Kwon, « The Association between Polypharmacy and Dementia : A Nested Case-Control Study Based on a 12-Year Longitudinal Cohort Database in South Korea », *PLOS ONE*, vol. 12, no 1, p. e0169463, janv. 2017, doi : 10.1371/journal.pone.0169463.

12 Z. S. Nasreddine *et al.*, « The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53, no 4, p. 695-699, 2005, doi : 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

13 L. Ritz et H. Beaunieux, « BEARNI : un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool », *Cah. Neuropsychol. Clin.*, no 5, p. 5-14, 2018.

14 R. Heirene, B. John, et G. Roderique-Davies, « Identification and Evaluation of Neuropsychological Tools Used in the Assessment of Alcohol-Related Cognitive Impairment : A Systematic Review », *Front. Psychol.*, vol. 9, p. 2618, janv. 2018, doi : 10.3389/fpsyg.2018.02618.

aux praticiens plusieurs produits susceptibles de conduire à des déficits neurocognitifs, passagers et/ou persistants.

Il est intéressant de relever que les TNC peuvent également jouer un rôle dans le développement ou la rémission spontanée d'un trouble de l'usage de substances (TUS). Ainsi, l'insécurité émotionnelle liée aux premiers stades de la démence (durant lesquels la personne est consciente des altérations) pourrait conduire à l'abus de sédatifs comme l'alcool ou les benzodiazépines et jouer un rôle important dans le développement d'un TUS⁵. À l'inverse, une démence déjà très avancée présente chez une personne âgée (dépendante de longue date à une substance psychoactive) pourrait la mener à oublier de consommer et ainsi connaître une rémission du TUS. Bien qu'observée couramment dans le cadre de prises en charge gériatriques, l'influence des TNC sur les TUS reste peu documentée.

ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE

L'intérêt à prendre en compte les TNC ne s'arrête pas à la porte du cabinet des addictologues. Avec le vieillissement démographique, un nombre toujours plus important de personnes est concerné par les démences classiques (comme la maladie d'Alzheimer), ce qui en fait l'un des principaux enjeux de santé publique actuels.

La démence n'est toutefois pas une conséquence inévitable du vieillissement. Des études ont mis en évidence des facteurs de risques liés au mode de vie (comme l'alimentation) qui, par définition, sont modifiables⁶. Parmi ceux-là figure la consommation excessive de certaines substances psychoactives. À titre d'exemples, l'excès d'alcool est associé à un triplement du risque de démence en général, un doublement du risque de développer la maladie d'Alzheimer et serait la cause de plus de 50 % des démences précoces⁷ ; 14 % des cas de maladie d'Alzheimer dans le monde seraient attribuables à la consommation de tabac⁸ ; la prescription de benzodiazépines sur le long terme majorerait de 1,5 à 2 fois le risque de démence⁹ ; la polypharma-

cie, en particulier lorsqu'elle englobe des psychotropes et des anticholinergiques, est associée à des troubles cognitifs¹⁰ et le risque de démence augmenterait proportionnellement au nombre de médicaments prescrits¹¹.

On le comprend, en raison de la consommation d'alcool et de tabac de la population générale, de la (sur)prescription de benzodiazépines et de la polypharmacie affectant les personnes âgées, le nombre de personnes concernées par les démences devrait augmenter plus fortement que ce qu'on pourrait attendre du fait du seul vieillissement démographique.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Dans un contexte de soins en addictologie, il est important d'investiguer – à l'aide d'instruments adéquats, comme le MoCa¹², le BEARNI¹³ ou le TEDCA¹⁴ – les éventuels troubles neurocognitifs affectant les usagers et, le cas échéant, d'adapter la prise en charge.

- Dans un contexte gériatrique, il faudrait toujours envisager un trouble neurocognitif induit par une substance / médicament (ou la combinaison de plusieurs d'entre eux) chez les personnes âgées présentant des déficits cognitifs dont le diagnostic n'est pas clair⁵.

- Dans une perspective de santé publique, il serait utile – en sus du déploiement de mesures structurelles – de sensibiliser la population aux risques de démence inhérents à la consommation de tabac et à une consommation excessive d'alcool.

- Enfin, les projets actuels abordant la polypharmacie et indirectement la prescription de médicaments psychoactifs de la part des professionnels de santé auprès des personnes âgées devraient être plus largement diffusés.



Jean-Michel Delile
*Psychiatre et président
de la Fédération Addiction*

© Fabien Cottereau



Ansgar Rougemont-Bücking
*Psychiatre et psychothérapeute,
chercheur à l'Université de Fribourg*

© DR



Nicolas Garel
Psychiatre, Université McGill (Montréal)

© DR

RENAISSANCE PSYCHÉDÉLIQUE : DE PRUDENTES APPLICATIONS CLINIQUES

Natalie Castetz, *journaliste*

En Suisse, au Canada, des psychiatres mettent en place des psychothérapies assistées de substances psychédéliques. Une approche qui reste prudente.

C'est comme la langue d'Esopé : « *La meilleure et la pire des choses.* » D'un côté, les effets nocifs de drogues addictives, de l'autre les effets bénéfiques de substances aidant à traiter certains problèmes. Ainsi, les addictions aux opiacés ont fait des ravages aux États-Unis, mais ces antalgiques dérivés de l'opium sont aussi des médicaments indispensables. « *L'illusion totale est d'essayer de*

se protéger de ces fléaux en distinguant les bons des mauvais produits, souligne Jean-Michel Delile. *Ce sont souvent les mêmes.* » Le président de la Fédération Addiction cite « *le débat lancé en France autour du cannabis médical comme l'irruption, qui semble nouvelle, de perspectives thérapeutiques avec des produits jusque-là considérés comme des drogues* ».

EN SUISSE, « PSYCHOTHÉRAPIE AUGMENTÉE PAR SUBSTANCES »

Ici et là, de plus en plus de médecins, de patients n'ayant pas répondu aux traitements traditionnels et de chercheurs s'intéressent à l'utilisation des substances psychédéliques pour traiter notamment des troubles de santé mentale. Ainsi, en Suisse, le Dr. Ansgar Rougemont-Bücking pratique, au cas par cas, des thérapies avec MDMA (ecstasy), psilocybine et LSD. Le psychiatre part d'un constat : « *Les personnes souffrant d'addiction présentent aussi des troubles post-traumatiques graves.* » Ansgar Rougemont-Bücking a longtemps appliqué la méthode EMDR (eye movement reprocessing and desensitization) ou « désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires » pour le traitement des états de stress post-traumatique.

Depuis quatre ans, pour traiter des problèmes psychiatriques tels que dépression, troubles anxieux, addictifs et surtout post-traumatiques, le médecin assure chez certains de ses patients une « psychothérapie augmentée par substances » : de deux à quatre séances par an, des entretiens réguliers avec la personne suivie et un usage progressif des substances : la kétamine d'abord, puis la MDMA, enfin le LSD ou la psilocybine, après autorisation spéciale de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). « *Les substances psychédéliques induisent un état de conscience modifié, profond et semblent faciliter l'accès à l'empreinte traumatique profondément ancrée dans la psyché et le corps. On peut travailler en mettant notamment en évidence des blocages, des peurs intenses, ce qui peut permettre de les surmonter.* » Deux mécanismes se produisent : « *La levée de l'évitement phobique de la mémoire traumatique et la recontextualisation du traumatisme.* »

Car, pour Ansgar Rougemont-Bücking, « *notre paradigme matérialiste cartésien, à savoir vouloir tout comprendre et tout contrôler, nous conduit droit dans le mur. Et les psychédéliques amènent une compréhension phénoménologique de ce qu'est la souffrance psychique.* » Reste que, nuance le psychiatre, « *ce n'est pas une thérapie miraculeuse. La prise en charge ne peut se faire que sur le long terme.* »

AU STADE EXPÉRIMENTAL AU QUÉBEC

À Montréal (Québec), l'utilisation de substances psychoactives à des fins thérapeutiques est le domaine de recherche et de travail clinique du Dr Nicolas Garel. Ainsi, il étudie les effets de la

thérapie assistée par kétamine sur l'addiction à l'alcool ou la dépression, « *pour des personnes ne répondant pas à des psychothérapies conventionnelles* », précise le psychiatre de l'Université McGill. Nicolas Garel se dit « *confiant : l'intérêt pour l'usage de ces substances à des fins médicales va croissant et ce champ de la psychiatrie est en pleine expansion* ».

Ainsi, jusque-là réservé dans le cadre de protocoles de recherche et à des essais cliniques, après exemption accordée par Santé Canada, le traitement à la psilocybine vient d'entrer dans une nouvelle phase. Le premier a été mis en place début 2022, administré dans le cadre du programme d'accès spécial (PAS) aux drogues hallucinogènes. Le PAS autorise les médecins, pour aider leurs patients, à recourir à ces substances, telles que la psilocybine de synthèse (dite « champignons magiques ») et la MDMA, si elles sont fournies par des producteurs autorisés par Santé Canada. Mais cela reste au cas par cas. Et Nicolas Garel le reconnaît : « *Nous en sommes au stade expérimental, il y a encore peu d'études réalisées, des éclaircissements restent à effectuer pour caractériser le potentiel de ces substances.* »

DES RECHERCHES BALBUTIANTES EN FRANCE

En France, où le gouvernement refuse toujours de trancher au sujet de l'usage du cannabis thérapeutique dont les expérimentations viennent d'être prolongées, les recherches restent balbutiantes. Le résultat d'une « *frilosité comme d'une prudence excessives* », selon Jean-Michel Delile, de la part des organismes de recherche comme des autorités de régulation. Or, la recherche, « *dans de bonnes conditions de sécurité bien sûr, doit pouvoir avancer rapidement, c'est essentiel* ». Ces pistes extrêmement prometteuses « *nécessitent d'être évaluées dans le cadre de protocoles rigoureux. Il apparaît en effet que l'attente impatiente de nombreux patients, conjuguée avec l'enthousiasme parfois un peu militant de certains professionnels, sans négliger non plus les enjeux économiques sous-jacents, pourraient conduire au développement de pratiques empiriques incontrôlées sur le terrain* ». Or, rappelle aussi Jean-Michel Delile, « *il ne faut pas oublier que c'est ce type d'expériences souvent aventureuses de la médecine psychédélique dans le contexte de la contre-culture des années 1960 qui furent à l'origine de nombreux accidents avec le LSD, qui amenèrent à l'interdiction des produits hallucinogènes et en bloquèrent l'utilisation jusqu'à ces dernières années* ». Et de conclure : « *Place donc à la recherche et à l'innovation pour permettre de mieux définir l'intérêt et l'efficacité de ces nouvelles approches dans un cadre assurant la sécurité des patients.* »



Grégory Lambrette

*Chargé de direction, psychologue et psychothérapeute
au Quai 57 - centre de consultation en addiction
de l'association Arcus (Grand-Duché de Luxembourg)*

L'APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE : UNE LECTURE PROCESSUELLE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES CONDUITES ADDICTIVES

L'approche transdiagnostique est un modèle empiriquement fondé qui met en exergue les mécanismes psychologiques et comportementaux participant ou nuisant, selon leur activation, à la santé mentale des personnes. Comment dès lors appréhender ces processus en tant que facteurs « adaptatifs » pouvant contribuer aussi bien à la santé mentale des personnes qu'à l'apparition, voire au maintien de troubles psychologiques et/ou des conduites addictives ? Tel est l'objet du présent article : exposer les linéaments de cette approche en psychopathologie dans le champ des dépendances, une approche qui monte en puissance depuis quelques années.

LA QUESTION DU DIAGNOSTIC

Aller au-delà du diagnostic catégoriel que nous proposons aujourd'hui encore un certain nombre de modèles en psychopathologie (comme le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM, par exemple) ne semble toujours pas aller de soi. Force est de constater en effet que l'essentiel du travail clinique - tous courants confondus d'ailleurs - porte davantage sur les mécanismes psychologiques que sur ce diagnostic en tant que tel. Les étiquettes nosographiques ont pourtant la peau dure, et elles continuent d'entretenir cette vision essentialiste postulant qu'il existe une essence ou un agent causalement et directement responsable d'une pathologie mentale. Cette même théorie essentialiste postule ainsi que tous les individus possédant cette « essence » développeraient ladite pathologie. De la même façon, ceux qui ne l'auraient pas ne la développeraient donc pas (Kendler, Zachar et Craver, 2011). Cette appréhension des troubles mentaux est pour le moins contestée par le modèle transdiagnostique.

L'APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE

Pour le dire de manière concise, cette approche, relativement récente, se propose de cibler et d'aider au traitement des facteurs étiologiques générant ou maintenant les troubles psychologiques. Elle se fonde sur deux postulats, à savoir que ce sont d'abord et surtout les processus psychologiques (dits « facteurs proximaux ») qui déterminent les troubles mentaux, et ce en lien avec des ingrédients qualifiés, eux, de distaux (qui sont les facteurs biologiques, sociaux et environnementaux propres à nos patients). L'on peut aussi clairement observer plusieurs processus actifs dans divers troubles (Kinderman, 2005, 2009, 2014), ou pour le dire encore autrement, qu'un même processus peut sous-tendre des diagnostics distincts.

Cette approche basée sur les processus est dite « transdiagnostique » et avance la primauté des processus psychologiques dans l'émergence des troubles mentaux, et par là-même des conduites addictives. Mais de quels processus parle-t-on ici précisément ?

LES PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES AU REGARD DU DIAGNOSTIC

Plusieurs processus comportementaux et/ou cognitifs sont aujourd'hui identifiés en tant que facteurs participant et/ou entretenant les troubles mentaux. Il s'agit, pour n'en citer que quelques-uns, de l'évite-

ment expérientiel, du perfectionnisme, des stratégies de régulation émotionnelle inopérantes, d'un faible sentiment d'efficacité personnelle, d'un écart entre les sois, de ruminations mentales, d'une forme d'intolérance à l'incertitude (Dethier *et al.*, 2015). Certains de ces processus sont cependant davantage observés dans les conduites addictives, comme par exemple, les pensées négatives répétitives (Grynberg, Briane, Timary, & Maurage, 2014), certaines croyances au sujet des pensées et de la manière dont la pensée peut être contrôlée (Caselli *et al.*, 2018 ; Spada & Wells, 2009), la flexibilité psychologique, l'évitement de certaines pensées ou sentiments (Elmquist *et al.*, 2018 ; Meyer *et al.*, 2018 ; Serowik *et al.*, 2019), ou encore le stress perçu (Iorga *et al.*, 2018 ; Oliva *et al.*, 2018).

Cela laisse clairement apparaître qu'au-delà de la « dépendance » physique, les conduites addictives sont d'abord et avant tout une « réponse » aux problèmes psychologiques que rencontrent les patients. Ces conduites peuvent dès lors leur apparaître comme étant « adaptatives » et par là-même comme étant une « ressource » les aidant à faire face à des difficultés diverses et variées. L'usage de certaines substances psychoactives est ainsi perçu par certains comme participant à une meilleure gestion de leur

stress, quand il ne les aide pas à surmonter un trauma ou à améliorer leur sociabilité, pour ne prendre que quelques exemples.

EN CONCLUSION

Il importe, nous semble-t-il, et au regard des études empiriques menées dans le cadre du modèle transdiagnostique, que les traitements ciblent davantage les processus étiopathologiques (Harvey *et al.*, 2004, 2019 ; Philippot *et al.*, 2018) plutôt que de s'arrêter au seul diagnostic. Car ce sont bien ces processus qui semblent participer et/ou maintenir les troubles mentaux et les conduites addictives et qui pourraient en partie expliquer certaines rechutes. À revers, nous pouvons également considérer qu'il reste des processus à appréhender permettant de prévenir aussi bien les troubles mentaux que les conduites addictives.

Un vaste champ de recherches et de traitements s'ouvre dès lors pour qui veut adopter cette lecture processuelle en psychopathologie comme dans le domaine de la prévention. Une (r)évolution des théories et des pratiques est donc en cours, et le modèle transdiagnostique entend y participer pleinement.

Bibliographie

- Caselli, G., Martino, F., Spada, M.M., Wells, A. (2018). Metacognitive Therapy for Alcohol Use Disorder : A Systematic Case Series. *Front. Psychol.* 9 : 2619.
- Dethier, V., Baeyens, C., Bouvard, M., Philippot, P. (2015). Application à un cas clinique d'un protocole d'évaluation des processus pour les troubles anxio-dépressifs. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 25, 93–105.
- Elmquist, J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2018). Experiential avoidance and bulimic symptoms among men in residential treatment for substance use disorders : a preliminary examination. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(1), 81-87.
- Grynberg, D., Briane, Y., de Timary, P., Maurage, P. *et al.* (2014). Functional and Dysfunctional rumination in alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*, Vol. 49, no. 1, p. i55.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioral processes across psychological disorders : A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford : Oxford University Press.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science : Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50.
- Iorga, M., Donda, C., & Zugun-Eloae, C. (2018). Depressed as Freshmen, Stressed as Seniors : The Relationship between Depression, Perceived Stress and Academic Results among Medical Students. *Behavioral Sciences*, 8(8), 70. DOI : 10.3390/bs8080070.
- Kendler, K.S., Zachar, P., Craver, C. (2011). A prescription for psychiatry. NY : Palgrave Macmillan.
- Kinderman, P. (2014). A prescription for psychiatry. NY : Palgrave Macmillan.
- Kinderman, P., Tai, S. (2007). Empirically Grounded Clinical Interventions Clinical Implications of a Psychological Model of Mental Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2007, 35, 1–14.
- Kinderman P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harv Rev Psychiatry* ; 13(4):206-17. doi : 10.1080/10673220500243349. PMID : 16126607.
- Meyer, E. C., Walsler, R., Hermann, B., La Bash, H... & Schnurr, P. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorders in veterans : Pilot treatment outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 781-789.
- Oliva, E.I., Gherardi-Donato, E.C., Bermúdez, J., & Facundo, F.R. (2018). Use of Facebook, perceived stress and alcohol consumption among university students. *Ciencia & Saude Coletiva*, 23 11, 3675-3681.
- Philippot, P., Bouvard, M., Baeyens, C., Dethier V. Case conceptualization from a process based and modular perspective : Rationale and application to mood and anxiety disorders. *Clin Psychol Psychother.* 2018 ; 1-16.
- Serowik, K. L., & Orsillo, S. M. (2019). The relationship between substance use, experiential avoidance, and personally meaningful experiences. *Substance Use & Misuse*, 54(11), 1834-1844.
- Spada, M. M., Wells, A. (2009). A metacognitive model of problem drinking. *Clin. Psychol. Psychother.* 16, 383-393.

« LE ZINE, LA FACE CACHÉE DE LA SOCIÉTÉ » : PRISE DE PAROLE DE JEUNES ADULTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Ana Cecilia Villela Guilhon, Isabelle Antigua, Alexandre Prince-Boucher, Edmonton, Geneviève Caron, Cleaved.pen, Nicholas Lefrançois, MP, Yami Morin, Taz, Shane Knight, Lysiane Robidoux Léonard, Thomas Haig, Karine Bertrand *Université de Sherbrooke* et Catherine Côté *Universités de Sherbrooke et Montréal, Québec*

« La Face cachée de la société » est un projet de création artistique mené par des jeunes en situation de précarité sociale, usagers de services en réduction des méfaits et engagés dans un projet de recherche visant à améliorer les services qui leur sont offerts. Résultat, la réalisation d'une publication sous la forme d'un **zine**.

Les jeunes qui vivent en situation de précarité sociale et qui consomment des substances psychoactives sont de plus en plus impliqués dans les recherches les concernant. Dans le cadre d'une recherche visant à évaluer l'impact du travail à bas seuil d'exigences sur leur qualité de vie, la mise sur pied d'un panel d'usagers des services en réduction des méfaits a ainsi permis de réaliser des projets novateurs.

Pour favoriser l'implication des jeunes dans la diffusion des résultats de recherche au sein de la communauté, un projet artistique a été développé en 2020 avec des artistes/médiateurs culturels. L'un des résultats de ce processus a été la réalisation d'un **zine**. Durant tout le projet, une attention spéciale a été portée au bien-être des jeunes. Ces derniers ont ainsi cité la libre prise de parole, l'ambiance collaborative et sans jugement de même que le sentiment d'appartenance à une même communauté comme ayant favorisé leur bien-être, notamment leur santé mentale.

Un roman-photo composé de quatre saynètes est apparu comme la modalité idéale permettant de canaliser le désir de théâtre des jeunes, tout en respectant les restrictions administratives imposées par la pandémie du Covid-19. Il était important que les saynètes reflètent tant les résultats des recherches scientifiques que les vécus des jeunes. Pour ce faire, les rencontres du panel ont été divisées en deux

parties. La première permettait de mettre visuellement en évidence des aspects des résultats et invitait les jeunes à partager leurs opinions et vécus. La seconde était dédiée à la cocreation d'une situation fictive reflétant ces discussions. Ainsi ancrées dans les vécus des jeunes, les saynètes devenaient un vecteur de prise de parole. Le format initial du roman-photo a été modifié en **zine**. Ce dernier, multidisciplinaire de nature, permet d'intégrer des dessins, textes, poèmes et chansons dans une forme d'expression libre et éclatée.

Les jeunes ont souligné qu'il n'est pas toujours facile de mettre en pratique les valeurs de la réduction des méfaits à la lumière de leurs expériences vécues dans différents organismes. Ils proposent d'offrir plus de formations aux intervenants de terrain. Ce point de vue a été exprimé dans la saynète intitulée **Plateau et Préjugé** (voir page suivante).

Nous remercions tous les participants ayant contribué à la création du **Zine** ainsi que l'équipe du projet de recherche TAPAJ (Travail alternatif payé à la journée) (voir sur www.la-gid.ca), financé par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Les vues exprimées n'engagent que les auteurs de ce texte.

Saynète « Plateau et Préjugé »





Georges Brousse
Psychiatre,
CHU de Clermont-Ferrand



Alain Morel
Directeur de l'association
Oppelia

L'APPROCHE INTÉGRATIVE : UN PARTENARIAT TRIPARTITE AUTOUR D'UNE ÉTHIQUE DU SOIN

Penser l'accompagnement des personnes présentant des pathologies « duelles », c'est-à-dire combinant addictions et pathologies mentales, c'est ouvrir le champ d'une nouvelle clinique intégrative et d'une nouvelle écologie du soin. Une clinique à la fois globale, plurielle et expérientielle. Une écologie du soin d'autant plus efficace qu'elle associe des compétences professionnelles en psychiatrie et en addictologie, en partie partagées et en partie complémentaires, et qu'elle associe dans le même temps les savoirs expérientiels du patient, au service du mieux-être de celui-ci. La qualité du soin repose donc sur celle d'un partenariat à trois, basé à la fois sur une éthique commune du soin, la reconnaissance de l'usager comme premier acteur et la réduction des risques comme premier fil conducteur.

UNE ÉTHIQUE COMMUNE DU SOIN

Soigner les personnes présentant à la fois des troubles psychiatriques et l'abus de substances, c'est non pas soigner un comportement ou des

symptômes, mais c'est d'abord soigner la souffrance psychique vécue par une personne en tenant compte de ses propres stratégies pour réduire cette souffrance.

D'une façon générale, la souffrance psychique, quelle qu'elle soit, est la manifestation de vulnérabilités, innées ou acquises, aux stressseurs environnementaux au sens large. Nous le savons depuis l'enfance, le conflit qui en résulte, devenu stress, parfois angoisse, parfois dépression ou encore psychose se créée, se vit et s'apaise dans la relation interhumaine. Vouloir soigner la souffrance psychique, en particulier dans un contexte de stigmatisation et de rejet, commence donc par prendre soin, écouter, soulager et créer de la relation à l'autre. Les outils, institutionnels, médicamenteux, psychothérapeutiques ou tout autre, pour nécessaires qu'ils soient, n'en sont néanmoins que des supports. Depuis Pinel en passant par Freud, Rogers, Oury et bien d'autres, chaque progrès de la psychiatrie et des psychothérapies l'a été en redonnant actualité à ce postulat éthique.

Pour aller au-delà des intentions et apporter concrètement la sécurité nécessaire à la relation soignante,

les professionnels – quelle que soit leur discipline – doivent apprendre à ne pas se laisser influencer par des idées reçues, à utiliser à bon escient les outils et à entendre et comprendre les besoins du patient derrière ses symptômes. En cela, l'éthique du soin en pathologie duelle supporte une double exigence : d'une part, accepter de considérer les consommations de substances comme des tentatives de réponses, adaptées et/ou défailtantes, aux agressions environnementales et à la souffrance psychique, et d'autre part de laisser à l'usager la définition de ce qui est adapté ou défailtant pour lui.

UNE APPROCHE GLOBALE QUI INTÈGRE L'EXPÉRIENCE DU PATIENT

L'approche « globale » est généralement revendiquée par les équipes de santé mentale comme d'addictologie. Mais cette appréhension holistique du sujet ne se décrète pas, elle se construit, notamment à travers un premier principe : la relation d'aide se fonde sur la reconnaissance par le professionnel de la validité des savoirs et des pratiques expérientielles du patient qui vit une souffrance psychique chronique ou répétée. C'est le cas des aménagements mis en œuvre par les personnes psychotiques, fréquemment objet de malentendu avec le soignant. Depuis que l'on connaît mieux « les entendeurs de voix », de plus en plus de psychiatres ont compris que le délire et ses hallucinations ne peuvent plus être uniquement considérés comme des symptômes « délétères » de « décompensation » de la maladie, qu'ils devraient « abaisser ». Des patients témoignent au contraire qu'ils s'en arrangent beaucoup mieux en les considérant comme des vécus « positifs », des signes de vie qu'ils cherchent à mieux contrôler, voire à utiliser, mais pas à éteindre.

Cette même logique se retrouve dans de nombreuses utilisations par des patients schizophrènes des effets apaisants ou dysléptiques du cannabis. Ainsi, bien que socialement transgressifs et potentiellement déclencheurs de trouble psychiatrique, les consommations de drogues sont moins des troubles de l'usage que l'auto-recherche d'un apaisement et d'un mieux-être. Prendre en compte les aménagements psychiques revendiqués par les patients tels que les voix entendues ou bien les consommations de cannabis, c'est accomplir une démarche de soin écologique et holistique.

Faut-il pour autant que le soignant reste spectateur ? Certainement pas. Il doit trouver sa place dans un accompagnement respectueux et bienveillant où la recherche du soulagement de la souffrance sera définie avec l'usager, guidée par l'acuité des symptômes et leur retentissement fonctionnel, le vécu de la maladie, la recherche d'une qualité de vie souhaitée et les propriétés capacitantes des réponses diverses construites au cours du temps.

Dans cette logique d'accompagnement, les stratégies de réduction des risques ont montré leur intérêt clinique et thérapeutique central.

UN PARADIGME UNIFICATEUR : LA RÉDUCTION DES RISQUES

La réduction des risques a été initiée en France dans les années 1990, précisément à partir des pratiques expérientielles des patients, pour lutter contre les transmissions virales et les surdoses. En favorisant l'association des savoirs professionnels avec ceux des usagers, elle s'est imposée comme une philosophie d'intervention qui s'applique à tous les usages de drogues et en prévention de tous les dommages. Les troubles psychiatriques ne font pas exception (Fédération Addiction, guide Repère(s) : « *Addictions & troubles psychiatriques* », 2019).

Ces évolutions sont néanmoins récentes, et des stratégies spécifiques pour réduire les dommages psychiatriques dans un contexte de trouble de l'usage de substances restent à concevoir et à développer, par exemple pour mieux prévenir les risques suicidaires, les troubles cognitifs, les handicaps sociaux, la double stigmatisation, etc.

Ainsi, la complexité de l'accompagnement repose sur l'acceptation holistique et écologique de la maladie : les manifestations symptomatiques du trouble psychique ou bien de consommation de substances doivent être comprises comme des éléments constitutifs d'un équilibre soulageant et douloureux, étayant et vacillant, (in)capacitant et en perpétuel mouvement.

Ce développement dépend pour une grande part de la multiplication des échanges, des formations croisées et des collaborations constructives entre les différentes équipes, tenant compte des expériences des usagers ainsi que des données apportées par la littérature internationale.



Jean-Maxence Granier
Président de l'association Autosupport des usagers de drogues (ASUD)



Stéphanie Romanens-Pythoud
Directrice de la Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique (Coraaps)



Thomas d'Hauteville
Facilitateur du Réseau sur l'entente de voix



Vincent Lézac
Directeur opérationnel du dispositif « Un chez soi d'abord » à Toulouse

SE LIBÉRER DE L'HYPERMÉDICALISATION

Natalie Castetz, journaliste

Des expériences montrent que pratiques addictives et maladies psychiques peuvent être traitées et, parfois même éradiquées, grâce à une vraie implication de l'utilisateur lui-même. À la clef, démedicalisation et autodétermination pour que la définition même de traitement puisse changer.

AUTODÉTERMINATION ET SAVOIR EXPÉRIENTIEL

Asud joue franc-jeu. Dans l'association Autosupport des usagers de drogues, il y a le mot « autosupport », rappelle son président Jean-Maxence Granier. L'idée est que les usagers disposent d'un savoir, si bien que les solutions émanent non pas seulement de l'extérieur mais aussi des usagers eux-mêmes. Ce credo remonte à l'expérience acquise lors de la pandémie du Sida, à partir des années 80. « La réduction des risques, objectif prioritaire d'Asud a été efficace parce que la communauté homosexuelle, les malades du Sida et les personnes utilisatrices de drogues (PUD) se sont emparés

de la maladie et y ont fait face en influençant directement les politiques publiques », explique Jean-Maxence Granier. Les associations ont fait pression sur l'État et la recherche et ont su ainsi développer des stratégies communautaires pour limiter les risques infectieux.

Avec sa centaine d'adhérents, usagers de drogues et usagers du système de santé, Asud publie un journal et anime des communautés sur internet : « Les produits, les usages et les risques évoluent, avec de nouvelles générations : la transmission du savoir expérientiel est nécessaire et la prise de parole publique importante, insiste Jean-Maxence Granier, en particulier pour sortir de la stigmatisa-

tion. Nous sommes attachés à l'horizontalité et nous croyons que la consommation régulée, la réduction des risques voire le rétablissement face à l'addiction passent par une logique des pairs. » Loin de l'interdit et de la répression, c'est la responsabilisation et l'éducation par les pairs mais aussi l'autonomie des consommateurs qui priment. Ainsi, les usagers, par le biais d'associations, mettent en place une politique de réduction des risques liés à l'usage récréatif des drogues.

« UN CHEZ SOI D'ABORD » : CO-CONSTRUIRE LES PROJETS VERS LE MIEUX-ÊTRE

Asud regrette « que la parole d'un usager ou d'un représentant d'usagers ne puisse pas toujours prétendre avoir le poids de celle d'un professionnel de l'addiction, même si les choses évoluent ». Pourtant, dans le dispositif d'« Un chez soi d'abord », c'est bien la parole et le choix de la personne accompagnée qui priment. Toulouse, site pilote avec Lille, Paris et Marseille permet, depuis 2011, aux personnes sans domicile fixe souffrant d'addictions et présentant des troubles psychiatriques d'accéder à un logement et de bénéficier d'un accompagnement médical et social adapté. Il s'agit, rappelle Vincent Lezac, directeur opérationnel du dispositif de Toulouse, de « co-construire et d'accompagner le projet de la personne, sans se substituer à elle ».

Dans l'équipe d'une vingtaine de personnes, médecin psychiatre, infirmiers, éducateurs, « aucune décision n'est prise de manière unilatérale, tout est soumis à la discussion dans une atmosphère constructive, souligne Vincent Lezac. La personne logée est au centre de l'accompagnement et rien ne se fait sans son accord ». Ce n'est plus le psychiatre qui décide seul de la proposition d'accompagnement. Il s'agit d'appréhender la personne comme l'experte de sa situation, avec ses propres ressources et leviers d'action. « Nous travaillons sur les compétences personnelles, les savoir-faire, l'estime de soi, le mieux-être. »

Et le rétablissement passe par la reprise de pouvoir des personnes accompagnées sur leur parcours de vie global. Les résultats sont positifs : 85 % des personnes incluses dans le dispositif depuis plus de deux ans se maintiennent dans le logement.

LA LOGIQUE DU MÉDIATEUR PAIR ET DE L'ENTRAÏDE

C'est une relation de confiance qui s'établit car les personnes qui exercent une fonction de médiation ont une expertise du vécu. À Toulouse, deux médiateurs Santé pairs sont « des usagers de la psychiatrie, qui partagent leur savoir expérientiel avec les professionnels de l'équipe et les personnes logées, explique Vincent Lezac. Cette expertise est alors incluse dans les propositions d'accompagnement, au plus proche de la réalité, avec des propositions les plus adaptées à leurs demandes, à leurs besoins ».

Ce savoir d'expérience partagé apporte aussi la reconnaissance des autres. Thomas d'Hauteville a été « facilitateur » dans le groupe de Montpellier du Réseau sur l'entente de voix (REV). Lui-même usager de la psychiatrie, il a animé un groupe de parole de 2017 à 2021, avec la psychologue Graziella Golf, ouvert aux personnes qui entendent des voix, psychiatisées ou non. Il le reconnaît, « mettre au service de ce groupe l'expérience acquise durant mon propre parcours, favoriser l'entraide m'a donné le sentiment d'être utile et apporté une certaine reconnaissance ». Au sein de ce groupe de parole, « sans but thérapeutique », les rencontres bimensuelles dans un café ont permis aux entendeurs de voix d'échanger dans un environnement d'écoute et de non jugement. « Nous avons vu ces personnes sortir peu à peu de leur situation d'isolement et d'exclusion et mieux accepter les voix, dans un mieux-être collectif », se réjouit Thomas d'Hauteville.

DESTIGMATISER : LA MAD PRIDE

Destigmatiser la maladie psychique, changer les regards, tels sont aussi les objectifs de la Mad Pride. En Suisse, une première marche avait été organisée par la Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique (Coraasp) et la Fondation Trajets, à Genève, en octobre 2019. « Beaucoup étaient d'abord réticents, craignant que défiler dans la rue ne dévoile leur maladie », se souvient Stéphanie Romanens-Pythoud, directrice de la Coraasp. La parade a suscité « sympathie et bienveillance et cette visibilité dans l'espace public a aidé les participants à retrouver un peu de confiance en eux ». Et cette action de sensibilisation séduit : un millier de participants à la première édition, derrière des slogans comme « Soyons fous, soyons nous ! », 4 000 à la deuxième, à Berne en juin dernier. La prochaine parade aura lieu en octobre 2023, à Lausanne.



Éléna Bienfait

*Directrice du Centre national
de prévention des addictions,
Luxembourg*

L'ATELIER DE CRÉATION ARTISTIQUE : UN OUTIL FONDAMENTAL POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

L'ATELIER DE CRÉATION ARTISTIQUE : UNE FORME DE « SLOW AND IN-DEPTH ADDICTION PREVENTION » (LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS LENTE ET EN PROFONDEUR)

Celle-ci commence au plus tard le jour de la naissance (de préférence avec les futurs parents) et se concentre sur les besoins humains fondamentaux, qui n'ont pas changé depuis la nuit des temps, et ce même à l'ère du numérique. En quelques mots, ces besoins fondamentaux sont la nécessité pour le genre humain de :

- vivre en communauté ;
- découvrir le monde et y trouver sa place ;
- expérimenter ses capacités et ses limites mentales dans un espace d'expérience multisensoriel ;
- prendre des risques et utiliser son potentiel de manière créative.

La « slow and in-depth addiction prevention » est basée sur une approche holistique qui part de la perspective de l'écologie humaine et souligne l'interaction entre l'homme et son environnement. L'environnement et les personnes qui font partie du contexte de vie de ces personnes : voilà l'espace de possibilité pour l'épanouissement du potentiel et le développement de leur santé.

Grandir en bonne santé et préserver sa santé psychique nécessite des espaces intermédiaires : le jeu (des enfants), la nature en tant qu'expérience d'être, la création artistique en tant qu'espace d'expression et le dialogue en tant qu'espace de création de relations. Ces espaces assurent la fonction de médiateurs entre les exigences extérieures (la vie quotidienne et les conditions de travail) et la cohérence intérieure.

Le jeu, l'expérience de la nature et l'expression de soi-même à travers la création artistique sont en partie transférés dans le champ thérapeutique. Dans ce qui suit, je me réfère toutefois à l'espace intermédiaire d'expression artistique en tant que pratique culturelle.

Grandir et vivre dans une société de consommation occidentale ne facilitent plus la satisfaction des besoins fondamentaux.

La « holding function » d'une communauté - un environnement sécurisant qui n'est ni traumatisant ni restrictif pour le développement de la personnalité où de nouvelles expériences sont possibles comme dans une communauté de classe ou un club de sport - est quasi inexistante dans une société de compétition axée sur la performance. Le « *plus haut, plus vite, plus loin* », expression d'une addiction à la performance, n'est qu'une facette d'une société globalement addictive. Les expériences sensorielles ont tendance à être réduites à la palpation d'un écran. Les expériences de limites sont supprimées, car il faut toujours « plus » pour satisfaire un standard de performance ou pour se procurer des expériences émotionnelles intenses. Cela peut être observé aussi bien dans l'addiction liée à une substance que dans l'addiction non liée à une substance, ainsi que dans le rapport à l'environnement. Notre comportement est globalement addictif (Schiffer : 2008, 8).

La complexité des contextes de vie et la vitesse à laquelle l'adaptation est exigée augmentent et en même temps disparaissent les espaces intermédiaires pour les enfants, les jeunes et les adultes.

RENFORCER LE BIEN-ÊTRE SELON DEUX PRÉMISSSES

La maîtrise - et non l'anesthésie - de la découverte du monde par les enfants et de l'expérience du monde par les adultes peut réussir de manière constructive. Les conditions de base sont intégrées au processus de création dans un atelier artistique, qui doit être un espace d'expression libre.

a. Changement de regard : du regard sur les problèmes au regard sur les situations.

Il n'y a pas de problèmes, il y a des situations ! Une situation devient un problème par son évaluation, qui peut être très différente d'une personne à l'autre.

Une situation devient un problème lorsqu'on la nomme, lorsqu'on choisit des mots. Car le langage crée la réalité !

En regardant le problème - en pensant au problème, on développe d'autres sentiments qu'en regardant la situation. La pensée problématique trouve facilement le chemin vers les peurs profondes. Lorsque les peurs sont déclenchées, le corps est partiellement mis en état d'alerte. La vision du problème, qui alimente directement les émotions - angoisses, insécurité, tristesse - rétrécit la pensée. Il est plus difficile de développer l'optimisme et la possibilité d'agir de manière constructive est ainsi rendue plus difficile. Des experts sont parfois sollicités pour trouver des solutions qu'ils ne peuvent en partie pas trouver, car ils sont également préoccupés par les problèmes. La problématisation s'intensifie et les propres ressources des personnes ne peuvent parfois pas être reconnues.

Le fait de se sentir impuissant et d'avoir l'impression de ne pas pouvoir agir fait partie du vécu des problèmes. Le flot d'informations médiatiques et l'enchaînement actuel de catastrophes contribuent à une focalisation sociale sur eux. Il en résulte des tranches de problèmes qui réduisent la marge de manœuvre en fixant l'attention. L'observateur est passif et consomme les images du monde proposées par les médias (Schiffer : 2008, 48). L'impact de la consommation d'images médiatiques et la nécessité d'assimiler ces images n'ont pas encore été suffisamment thématiques ni étudiés.

Avec la pensée situationnelle, que se passe-t-il ? Elle permet de garder une distance par rapport aux événements et de chercher des solutions avec calme. Si l'on se détache de la vision du problème et que l'on s'entraîne à la vision de la situation, cela inclut également le choix conscient des mots et une attention au dialogue peut alors se développer.

Une situation peut être décrite comme un tableau - ou plutôt, dans l'atelier de création artistique, par un tableau - que l'on peut observer sous tous les angles et dont on peut reconnaître les multiples facettes. Les émotions sont ainsi moins déclenchées. Les images médiatiques qui colonisent les

images intérieures peuvent également être clarifiées et traitées par la mise en forme autoréflexive du vécu à travers des moyens artistiques. Le recadrage des images médiatiques et des émotions qui les accompagnent se développe dans le processus artistique avec légèreté.

Il devient ainsi possible non seulement de réévaluer une situation, mais aussi d'identifier des solutions qui seraient restées cachées en regardant le prétexte du problème en face.

b. L'impression a besoin d'expression !

La création par des moyens artistiques - tout comme le jeu et la découverte de la nature - n'est pas une activité de loisir banale, mais a une fonction significative dans l'appropriation du monde et le traitement des impressions et des situations difficiles. L'espace d'expression artistique, en tant que lien entre l'extérieur (vécu et impressions) et l'intérieur (traitement autoréflexif des impressions, pensées et sentiments), offre la possibilité d'entrer en dialogue avec soi-même, d'exprimer ses désirs et de se sentir efficace.

L'ATELIER : LE JARDIN DE L'EXPRESSION INDIVIDUELLE QUI NOURRIT LA MATURITÉ DE CONSOMMATION (KONSUMMÜNDIGKEIT)

Développer la maturité de consommation par la création artistique : voyons de plus près ce qui caractérise l'atelier artistique en tant qu'espace intermédiaire et de prévention des addictions.

Reconnaître ses propres désirs est la condition préalable pour passer à l'action - c'est le pas de l'imagination à la réalité. Cultiver l'imagination dans l'atelier et l'attention joyeuse qui l'accompagne permet de nourrir la capacité de décider sur la base de ses propres désirs. Si cette capacité fait défaut, on consomme ce que le monde extérieur offre.

Le va-et-vient entre le monde extérieur et le monde intérieur de l'imagination, dans lequel ni la performance ni la pression du temps ne jouent un rôle, ouvre la porte à des stratégies créatives pour gérer sa vie. Un atelier artistique est un espace d'auto-soin et parfois d'auto-guérison. Entrer régulièrement dans un tel espace de création et d'imagination comme un navetteur entre l'extérieur et l'intérieur favorise la santé.

Dans l'atelier artistique, les expériences de limites sont ressenties, réfléchies et différenciées, pour être finalement maîtrisées par l'action. Et ce, principalement par la confrontation avec le matériel. Tout ce qui est représenté sur le papier ou la toile est une pure expression - des situations sont représentées et peuvent être observées. Même si l'idée de départ, qui doit être peinte, est liée au vécu d'une situation difficile, on peut observer que le processus de représentation se déroule généralement avec une attention pleine de plaisir. Il en résulte un sentiment de bien-être dans une atmosphère concentrée et ludique.

Si le processus artistique est accompagné avec bienveillance et non-jugement par l'animateur de l'atelier, les participants deviennent de plus en plus courageux pour expérimenter et s'exprimer.

L'expression fait impression ! Les images et les sculptures qui naissent dans l'atelier ont à leur tour un effet vers l'intérieur et structurent les pensées et les sentiments. Le processus esthétique et créatif soutient le développement de la résilience : percevoir ses propres vœux et aspirations conduit également à donner un sens à l'image et à intégrer les événements de la vie.

Les processus artistiques sont des états de « flow », où l'on perd la notion du temps et où l'on se fond dans ce que l'on fait. On est totalement dans le moment présent et en contact avec soi-même. La complexité et les stimuli envahissants de la vie extérieure sont laissés de côté au profit d'un silence relaxant dans l'atelier artistique. Le processus créatif déclenche une palette d'émotions variées, allant de l'incertitude à une grande joie et à la plénitude. L'image qui en résulte est toujours une partie de soi-même et une invitation à entrer en dialogue avec soi-même, faisant ainsi de sa propre imagination un espace de détente personnel et bénéfique pour la santé.

CONCLUSION LE REGARD VERS L'AVANT : CRÉER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE !

Si l'on place l'être humain et son bien-être au centre des réflexions autour de la prévention des addictions, il est essentiel de former le regard sur la situation. C'est le pas à franchir pour sortir de la « transe » des problèmes et placer l'homme et ses besoins au centre des préoccupations - un besoin humain fondamental étant l'expression créative personnelle.

La numérisation et la complexité croissantes de l'environnement de vie nécessitent une simplification et des offres (analogues) qui mettent les personnes en contact avec leur potentiel de création (de vie).

Un atelier, en tant que jardin de l'individualité et de l'affinement des sens, permet de se sentir exister, de s'essayer avec joie, de développer un sentiment pour son propre potentiel créatif et d'esquisser des perspectives d'avenir.

L'art ouvre les yeux ! Dans le processus de création esthétique, des solutions à des situations non

résolues sont sans cesse développées sur le papier : comment puis-je illustrer ce sentiment par le crayon et la couleur, etc. Cette orientation vers la solution inhérente au moment créatif est une expérience bénéfique, car chacun a les capacités de trouver une réponse picturale satisfaisante à sa situation non résolue. L'accent est mis sur les ressources, les solutions, les perspectives.

Cultiver l'imagination et l'expression artistique - dès l'enfance et jusqu'au troisième âge - n'est pas seulement déterminant pour le bien-être personnel, il l'est aussi dans l'immunisation contre la dépendance. L'art peut être un antidote à l'addiction.

Le Centre national de prévention des addictions (Cnapa) au Luxembourg propose des formations et d'autres offres dans le domaine de la prévention des addictions & de la promotion à la santé dans les trois champs d'action enfance-jeunesse, la commune et l'entreprise. Le Cnapa poursuit une prévention durable des addictions en tenant compte des connaissances scientifiques.

Le projet ArtLab : Future !, lancé en mars 2022 avec la participation d'étudiants de l'Université de Luxembourg, permet d'aborder et de visualiser l'influence des reportages médiatiques sur la santé mentale pendant la pandémie et d'autres situations de crise.

Bibliographie

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese-Zur Entmystifizierung der Gesundheit. *Editions DGVT*, 202 p.
- Egger, B. (2013). Lösungsorientierte Maltherapie. *Editions Hans Huber*, 244 p.
- Han, B.-Ch. (2016). Die Errettung des Schönen : 4. édition. Frankfurt/Main : *Editions Fischer*, 106 p.
- Han, B.-Ch. (2015). Der Duft der Zeit : 12.édition. Bielefeld : *Editions transcript*, 111 p.
- Han, B.-Ch. (2019). Vom Verschwinden der Rituale : 3.édition. Berlin : *Editions Ullstein*, 120 p.
- Hüther, G. (2015). Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. *Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)*, 136 p.
- Roth, G. et Strüber, N. (2019). Wie das Gehirn die Seele macht : 2.édition. Stuttgart : *Editions Klett-Cotta*, 522 p.
- Schiffer, E. (2001). Wie Gesundheit entsteht. *Weinheim & Basel : Editions Beltz*, 184 p.
- Schiffer, E. (2008). Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. *Editions Beltz*, 152 p.
- Schmeer, G. (2001). Das Ich im Bild - Ein psychodynamischer Ansatz in der Kunsttherapie : 3.édition. *Stuttgart : Editions Pfeiffer/Klett-Cotta*, 213 p.
- Schubert, Ch. (2021). Was uns krank macht, was uns heilt - Aufbruch in eine neue Medizin : 7.édition. *Munderfing : Editions Fischer & Gann*, 270 p.
- Ungar, M. **What works**. A manual for designing programs that build resilience. Zugriffen am 01.04.2022 : *What Works - Resilience Research Centre*.
- Wydler H., Kolip P., Abel T. (2010). Salutogenese & Kohärenzgefühl : 4.édition. *Weinheim & München : Editions Juventa*, 206 p.
- Wustmann C., Prof. Fthenakis W. (Hrsg.)(2011). Resilienz : 3.édition. *Berlin : Editions Cornelsen*, 172 p.



© DR

Rossio Motta-Ochoa

*Ph.D., professeure adjointe,
École de travail social, Université de Montréal*

Natalia Incio-Serra

*M.Sc., coordonnatrice de recherche,
Institut universitaire sur les dépendances*

Mark Alsop

*Coordonnateur du programme
de gestion de la consommation d'alcool,
Projets Autochtones du Québec*

Stéphanie Marsan

*MD, Chercheure, Centre de recherche
du Centre hospitalier de l'Université de Montréal*

Annie Talbot

*MD, Chercheure, Centre de recherche
du Centre hospitalier de l'Université de Montréal*

Manuela Mbacfou Temgoua

*M.Sc., professionnelle de recherche
du Centre hospitalier de l'Université de Montréal*

Jorge Flores-Aranda

*Ph.D., professeur, École de travail social,
Université du Québec à Montréal, titulaire
de la chaire de recherche du Canada TRADIS
(trajectoires, diversité, substances)*

UNE RÉPONSE CULTURELLEMENT ADAPTÉE POUR FAIRE FACE À L'ENNUI ET AUX PENSÉES NÉGATIVES DANS UN PROGRAMME DE GESTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL POUR PERSONNES AUTOCHTONES À MONTRÉAL.

Ce texte fait suite à l'article intitulé « *Un premier programme de gestion de la consommation d'alcool avec une population autochtone à Montréal : pourquoi maintenant et quels sont les défis ?* », paru (page 17) dans le numéro précédent de la revue. Rappelons qu'un programme de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) est un dispositif qui offre un hébergement aux personnes en situation

d'itinérance, tout en leur distribuant régulièrement des quantités d'alcool prédéterminées. À Montréal, un premier PGCA destiné aux personnes autochtones a été implanté par l'organisation communautaire Projets autochtones du Québec (PAQ), il y a deux ans. Le but de cet article est de présenter un bref aperçu d'un des principaux défis observés, à savoir l'ennui ressenti par les résidents et ses

effets sur leur santé mentale. Les données présentées font partie des résultats préliminaires de l'évaluation du programme qui ont été recueillis par le biais d'entretiens semi-dirigés avec les cinq résidents, le personnel du PGCA (six personnes) et le personnel médical du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (trois personnes), qui assurent le suivi médical des résidents.

L'ARRIVÉE AU PROGRAMME, L'ENNUI ET SES EFFETS SUR LA SANTÉ MENTALE

Ainsi, Joshua a souligné que lorsqu'il vivait dans la rue, il était « *toujours occupé* » à chercher de l'argent pour son prochain verre, à trouver un endroit où dormir et à passer du temps avec ses amis, mais au PGCA « *tout s'est soudainement arrêté* » et qu'il s'y ennuyait. Plusieurs membres du personnel ont aussi rapporté qu'avant d'entrer dans le programme, les résidents devaient exercer plusieurs activités (mendier, faire de petits travaux) et se déplacer constamment entre les organisations qui leur offraient des services pour survivre dans la rue.

En outre, certains résidents ont raconté que depuis qu'ils vivaient au PGCA, ils avaient trop de temps et qu'ils commençaient à avoir des pensées négatives. Par exemple, Joël a souligné qu'il ne pouvait pas s'empêcher de penser que sa vie était un « *désastre* » parce qu'il avait perdu sa force physique, qu'il n'avait pas de travail, que la plupart de ses amis de la rue étaient morts et qu'il préférerait donc « *être mort* » lui aussi.

Plusieurs membres du personnel ont rapporté qu'ils essayaient de garder les résidents « actifs », en les faisant participer à la cuisine, au jardinage ou à d'autres tâches. Ils jouaient au billard ou à des jeux de société avec les résidents et les emmenaient dans un parc voisin pour pratiquer une activité physique. Cependant, ils ont reconnu que leur charge de travail ne leur permettait pas de le faire régulièrement. Les résidents considèrent que le PGCA devrait leur fournir les ressources et l'infrastructure nécessaires pour proposer davantage d'activités. De plus, certains aimeraient que le programme

les aide à trouver des opportunités pour faire des « petits travaux » qui ne nécessitent pas de « grandes compétences ».

La plupart des membres du personnel a aussi estimé qu'un soutien psychologique aiderait les résidents à faire face à leurs pensées négatives et à d'autres problèmes de santé mentale, qui découlent souvent des traumatismes liés à la colonisation, comme le fait d'être arrachés de leur foyer pour être placés dans des pensionnats ou des foyers d'accueil non autochtones. Ainsi, six mois après le début de la mise en œuvre du programme, PAQ a fourni à ses résidents des conseils adaptés à leur culture, dispensés par un aîné autochtone. Celui-ci a également dirigé des cérémonies et des services traditionnels qui ont aidé les résidents à se reconnecter avec leurs racines autochtones et ont ainsi contribué à apporter des solutions à leurs problèmes de santé mentale, par exemple en ayant une meilleure compréhension des différences culturelles concernant la vision des difficultés de santé mentale et de leur prise en charge.

Cependant, l'aîné a souligné que les résidents pourraient avoir besoin d'un certain temps pour être en mesure de parler de leurs enjeux de santé mentale. Pour l'instant, il partageait surtout du temps avec les résidents à pratiquer des activités permettant d'établir des liens significatifs.

CE QUE NOUS RETENONS

Ce court texte illustre que l'ennui est un défi important pour PAQ, tout comme pour les autres PGCA. Par ailleurs, les traumatismes vécus par les populations autochtones au Canada complexifient la réponse à donner à ce défi. Le recours à une solution culturellement adaptée (dans ce cas, la participation d'un aîné) constitue une piste prometteuse. Toutefois, tel que souligné par l'aîné que nous évoquions ci-dessus, il est nécessaire d'avoir davantage de temps pour développer des liens significatifs avec les résidents. Enfin, une appréciation de la participation de cet aîné dans le PGCA, laquelle n'était pas planifiée dans l'évaluation, permettrait d'estimer ses effets et, éventuellement, la réplique de l'expérience dans d'autres contextes.



Michaël Hogge
*Chargé de projets épidémiologiques
à Eurotox (Belgique)*

1 Ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné, dans une société donnée, à un moment donné (Guimelli, 1999).

LES MOTIVATIONS À L'USAGE DE DROGUES : UNE DIVERSITÉ TROP SOUVENT OUBLIÉE

DE L'USAGE RITUALISÉ À L'USAGE DE MASSE

Depuis des temps immémoriaux, les utilisations ritualisées et thérapeutiques de substances psychoactives sont historiquement documentées dans de nombreuses cultures et civilisations. Elles semblent d'ailleurs être un dénominateur commun à bon nombre de groupes humains. Les produits autres que l'alcool se sont répandus de leurs niches originelles vers les sociétés occidentales après le Moyen-Âge, au rythme des grandes découvertes. Les usages de masse à caractère hédoniste sont toutefois essentiellement apparus à la fin du 19^e siècle et dans le courant du 20^e siècle, avec l'essor de la société de consommation et les progrès de la chimie.

Les conséquences socio-sanitaires de ces usages peu encadrés ont favorisé, en sus des enjeux économiques, politiques et post-coloniaux, l'instauration des législations prohibitionnistes, qui se sont généralisées à l'échelle mondiale dès le

début du 20^e siècle. L'interdit et les campagnes de diabolisation des drogues ont plongé les usagers dans la clandestinité tout en aggravant les problématiques sanitaires liées à la consommation. Autre conséquence, une modification des représentations sociales¹ associées aux usages et aux usagers. L'usage de drogues a ainsi progressivement évolué du statut de « rite ancestral » à celui de « plaisir coupable », de « péché moral » et enfin de « danger sanitaire et social ». L'usager a quant à lui été considéré tour à tour comme un hédoniste, un marginal, un délinquant ou un malade.

DES REPRÉSENTATIONS DE L'USAGE STÉRÉOTYPÉES

Depuis de nombreuses décennies, les représentations sociales liées aux drogues sont davantage façonnées par les médias, les campagnes de prévention, par la peur et les faits divers relatés dans la presse que par une percolation des discours

2 Ces représentations peuvent évoluer en fonction de l'actualité socio-politique, de la couverture médiatique du phénomène, des connaissances du public ou encore de l'étendue de la consommation, mais l'évolution reste particulièrement lente et en décalage avec les réalités vécues et rapportées par les usagers. Ainsi, le grand public a tendance à surestimer les dommages liés aux drogues illégales, tant pour les consommateurs que pour la société (Reynaud *et al.*, 2013). Il a aussi tendance à sous-estimer les bénéfices pour les usagers, bénéfices rarement évoqués dans les médias et insuffisamment abordés dans les campagnes de prévention (ce qui participe à la diabolisation des produits). Les représentations sociales peuvent aussi varier en fonction des produits. Ainsi, l'héroïne et la cocaïne sont perçues comme particulièrement dangereuses dès le premier usage, et les usagers sont généralement considérés comme dangereux pour leur entourage (voir Spilka *et al.*, 2019). Les représentations sociales liées au cannabis ne sont pas aussi radicales, mais elles sont nettement moins favorables que celles liées à l'alcool et au tabac, alors que ces deux produits culturellement acceptés sont plus délétères sur le plan de la santé publique.

3 Cette assimilation de l'addiction à une seule réalité biologique a d'ailleurs été un des travers des discours scientifiques dominants sous l'impulsion du modèle biomédical (auquel on préfère aujourd'hui le modèle biopsychosocial).

4 La notion de coping renvoie aux stratégies déployées par l'individu pour maîtriser ou réduire l'impact psychosocial des situations stressantes ou menaçantes.

scientifiques ou une visibilité des vécus et de la parole des usagers. Ces représentations restent donc fondamentalement clivées et stéréotypées, en particulier chez les personnes qui n'en ont jamais consommé ou qui n'ont pas de consommateurs dans leur entourage². Deux types d'usage émergent principalement de ces représentations : d'une part, l'usage récréatif, qui est le plus souvent représenté comme étant le fait de jeunes individus irresponsables, mûs par la recherche de plaisir et de sensations fortes, et enclins à braver dangers et interdits ; d'autre part, l'usage addictif, qui est représenté comme étant dicté par un désir impérieux et irrésistible de consommer, rendant les comportements impulsifs et dangereux pour la société. L'usager « addict » est représenté comme un pantin régi par la toute-puissance du produit³. Paradoxalement, il est aussi perçu comme responsable de sa consommation (plus particulièrement de sa dépendance), et son incapacité à s'en défaire fait de lui un être faible et manquant de volonté.

Ces représentations ne sont pas totalement dénuées de fondement, mais elles manquent de nuances et ne correspondent qu'aux deux extrémités d'un continuum d'usages plus hétérogènes, tant au niveau des motivations qui les sous-tendent que des pratiques d'usage associées. Elles entraînent en outre la mise en place de processus de stigmatisation, de marginalisation et d'exclusion des usagers, qui rendent difficiles l'exercice et le maintien de leurs droits fondamentaux tout en compliquant le travail des professionnels de santé. Elles participent aussi à l'immobilisme politique en matière de législation sur les drogues comme à la frilosité des politiques de santé publique.

DES MOTIVATIONS À L'USAGE AU-DELÀ DES « CLICHÉS »

Cependant, les raisons qui poussent à la consommation de drogues ne correspondent pas forcément à celles qui sont véhiculées par ces représentations sociales stéréotypées. Ainsi, dans une étude récente qui visait à identifier les attitudes des Belges par rapport au cannabis (voir Stévenot & Hogge, 2022), les

motifs avancés par les usagers pour expliquer leur consommation étaient relativement variés, même si certains étaient plus fréquemment évoqués que d'autres. Ainsi, outre la détente, fréquemment citée (67,2 %), on retrouvait le plaisir ou la recherche d'euphorie (31,8 %), l'amélioration du sommeil (30,3 %), la curiosité (23,6 %), la gestion de l'anxiété (22,5 %), la réduction de douleurs physiques (21,7 %) ou encore la régulation de l'humeur (13,4 %). Alors que les motifs avancés par les usagers occasionnels étaient le plus souvent récréatifs, l'évocation d'un ou plusieurs motifs de soulagement étaient nettement plus fréquente chez les usagers réguliers. Il est donc probable que l'usage de cannabis ait davantage tendance à se régulariser chez les usagers qui y trouvent (ou y recherchent) un bénéfice thérapeutique.

Le cannabis n'est assurément pas le seul produit dont l'usage peut poursuivre des objectifs auto-thérapeutiques : de nombreuses substances licites et illicites sont utilisées à des fins de soulagement ou de stratégies de coping⁴, ce qui n'exclut pas d'éventuels dommages sur la santé. Ce type d'usage est favorisé par le contexte socio-économique et par les exigences et pressions de la société actuelle, génératrice de souffrance et d'inégalités sociales (y compris de santé). Cet usage a aussi été accentué par la crise sanitaire liée au Covid-19 (Rogers *et al.*, 2020 ; Taylor *et al.*, 2021).

Mais l'usage de drogues ne se limite pas à la seule recherche de plaisir ni de soulagement. Ainsi, l'augmentation actuelle de la consommation de psychostimulants (en particulier de cocaïne) dans les sociétés occidentales ne peut certainement pas se réduire à une simple explosion de l'offre : il est très probable qu'elle soit également liée à l'impact grandissant des valeurs du néolibéralisme sur l'ensemble de la société. Les rapports sociaux sont de plus en plus imprégnés par l'exigence de performance et son corollaire, l'esprit de compétition et certaines personnes consomment des psychostimulants afin d'améliorer leurs performances scolaires, professionnelles, sportives ou même sociales. Plusieurs professions sont d'ailleurs considérées comme particulièrement à risque, telles que les métiers de la restauration, de la communication ainsi que des arts et spectacles (INPES, 2010).

Enfin, certaines personnes utilisent des substances illégales (en particulier les psychédéliques) à des fins introspectionnistes, voire dans une démarche curative ou spirituelle. Le recours à certains produits dans le but d'induire des états modifiés de conscience a toujours existé. Il permet de transcender les limites des conditionnements et modes de pensée habituels, ce qui fait partie des aspirations fondamentales de l'être humain.

UNE LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE DISCRÈTE

La littérature scientifique relative à l'usage d'alcool s'intéresse depuis plusieurs décennies aux différentes motivations qui sous-tendent cette consommation (voir notamment les travaux de Cox & Klinger, 1988 et ceux de Cooper, 1994). L'intérêt des chercheurs pour les motivations à l'usage de drogues (à l'exception du cannabis) est en revanche plus sporadique et porte le plus souvent sur l'initiation à l'usage. En outre, le volet motivationnel n'est généralement pas intégré aux enquêtes ni bulletins épidémiologiques.

Selon une récente étude, les motivations à l'usage de substances psychoactives peuvent être classées en huit catégories (voir Biolcati & Passini, 2019) : stimulation, socialisation, conformité, réduction de l'anxiété, réduction de la dépression, réduction de l'ennui, amélioration des performances et trans-

endance. Une neuvième catégorie a été proposée par d'autres chercheurs afin de rendre compte de la motivation dominante en cas de dépendance physique : la réduction des symptômes de sevrage (Mahu *et al.*, 2021). Ces motivations peuvent varier en fonction des individus, des produits et de l'intensité des consommations. Elles peuvent aussi évoluer au cours du temps chez une même personne, voire fluctuer en fonction des épisodes de consommation.

La principale limite de cette étude est due au fait que les données sont auto-rapportées par les participants. En effet, que ce soit par désir de bien paraître (désirabilité sociale), par oubli (biais mnésique) ou par une perception erronée (déli, rationalisation) de leurs comportements, les motivations auto-rapportées par les participants à l'étude peuvent être en partie faussées par ces mécanismes psychologiques.

Il nous semble donc nécessaire de mener de manière plus systématique des études auprès des populations d'usagers afin d'objectiver cette diversité d'usages ainsi que leurs fonctions, de les quantifier et d'en comprendre les déterminants intra et inter-individuels. Cette visibilisation est probablement un prérequis à l'ajustement des représentations sociales. Elle pourrait aussi favoriser l'évolution des politiques de santé publique ainsi que les législations sur les produits, et enrichir le travail des professionnels (médecins, psychologues, éducateurs...) en contact avec les usagers.

Bibliographie

- **Biolcati, R. & Passini, S. (2019).** Development of the Substance Use Motives Measure (SUMM) : A comprehensive eight-factor model for alcohol/drugs consumption. *Addictive Behaviors Reports*, 10 : 100199.
- **Cooper, M. L. (1994).** Motivations for alcohol use among adolescents : Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- **Cox, M. & Klinger, E. (1988).** A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.
- **Guimelli, C. (1999).** La pensée sociale. Paris : Presses Universitaires de France.
- **INPES (2010).** Baromètre santé 2010. Paris : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- **Mahu, I.T., Barrett, S.P., Conrod, P.J., Bartel, S.J., & Stewart, S.H. (2021).** Different drugs come with different motives : Examining motives for substance use among people who engage in polysubstance use undergoing methadone maintenance therapy (MMT). *Drug and Alcohol Dependence*, 229 : 109133.
- **Reynaud, M., Luquiens, A., Aubin, H.-J., Talon, C. & Bourgain, C. (2013).** Quantitative damage-benefit evaluation of drug effects : Major discrepancies between the general population, users and experts. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 590-599.
- **Rogers, A.H., Shepherd, J.M., Garey, L., & Zvolensky, M.J. (2020).** Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293 : 113407.
- **Spilka, S., Le Nézet, O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A., & Chyderiotis, S. (2019).** Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. OFDT : Paris.
- **Stévenot, C. & Hogge, M. (2022).** Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en région de Bruxelles-Capitale. Eurotox : Bruxelles.
- **Taylor, S., Paluszek, M.M., Rachor, G.S., McKay, D. & Asmundson, G. J. G. (2021).** Substance Use and Abuse, COVID-19-Related Distress, and Disregard for Social Distancing : A Network Analysis. *Addictive Behaviors*, 114 : 106754.



Olivier Hurel
Fondateur du centre
Hypnagogia. Paris



Vincent Verroust
Co-fondateur de la Société
psychédélique française



William Lowenstein
Président de SOS Addiction

LES THÉRAPIES ALTERNATIVES, DES PISTES QUE LA SCIENCE DOIT ENCORE VALIDER

Natalie Castetz, journaliste

Psychédéliques, cannabidiol, méditation de pleine conscience, lumière hypnagogique... Pour traiter la dépression chronique, les troubles anxieux ou les addictions, des pratiques non conventionnelles connaissent un engouement certain, chez les usagers comme chez les chercheurs.

Gérer son anxiété, mieux dormir, consolider sa mémoire, renforcer sa concentration. Les motivations sont variées chez les personnes qui s'inscrivent aux séances de lumière hypnagogique qui proposent « une expérience psychédélique de bien-être ». L'outil d'Hypnagogia. Paris : un neurostimulateur composé de 16 LED qui diffuse une lumière blanche pulsée à fréquences et intensité variables. « Elle provoque des stimuli et la synchronisation des ondes cérébrales, menant à des états de conscience modifiés », explique Olivier Hurel, fondateur du centre.

Résultats, un état entre la veille et le sommeil et « le lâcher-prise, une relaxation profonde, un nouveau type de conscience, une visualisation créative ». Beaucoup disent « ressentir les mêmes effets que lors d'une consommation de substances comme le LSD tels que des visions oniriques, des sensations physiques de décorporation, des effets dissociatifs, un voyage dans l'espace ».

Le mouvement autour du bien-être ou du « mieux-être », préfère dire le Dr William Lowenstein,

président de SOS Addiction, se déploie depuis quelques années, explorant diverses pratiques sensorielles, avec ou sans substance. C'est que l'environnement s'avère fort anxiogène : crise sanitaire, guerre, climat, inflation. De plus, rappelle Serge Ahmed, neurobiologiste, directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), « nous vivons dans une société très stressante dans l'idée de performance aux niveaux professionnel et personnel, une société également addictogène qui promeut en même temps et en continu, pour compenser le mal-être, l'utilisation de substances ainsi que des activités entraînant la dépendance, comme le tabac, l'alcool, la nourriture, le jeu ».

Dès 2006, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)¹ constatait « un regain d'intérêt pour les drogues dites naturelles ». Les consommateurs de champignons hallucinogènes et des plantes perçues comme « enchanteuses », « d'égarement » ou « visionnaires » recherchent « une émulation sociale et festive », « une communion avec la nature », « une perte de conscience » ou « l'accès à un monde parallèle ». Plus récemment, ont essaimé des boutiques vendant du cannabis avec un taux de tétrahydrocannabinol (THC, substance psychoactive interdite par la loi) inférieur au seuil autorisé, 0,2 %. Si « revendiquer des allégations thérapeutiques » a été interdit en France par l'arrêté ministériel du 31 décembre 2021, en revanche, les effets attendus du cannabidiol (CBD) sont « des effets apaisants, anxiolytiques et peut-être antipsychotiques » note William Lowenstein. Mais pour l'addictologue, il faudrait que chacun « identifie les fonctions positives initiales des substances psychoactives, sur l'humeur, la relation aux autres, le sommeil, le comportement alimentaire, la sexualité, la perception du temps ». Or, malgré « des retours très favorables des consommateurs, il y a encore un manque réel d'études permettant de mesurer les vertus thérapeutiques de ces molécules, déplore William Lowenstein, alors que l'on constate les limites des traitements au moyen des "ancêtres" comme les antidépresseurs, benzodiazépines et neuroleptiques ».

Le déficit de recherches, tel est aussi le constat de la Société psychédélique française². Même si, pour Vincent Verroust, co-fondateur de l'association qui rassemble chercheurs et usagers, le changement est certain : « Il y a un regain d'intérêt scientifique pour les psychédéliques, essentiellement la psilocybine, contenue dans les champignons hallucinogènes. » L'historien des sciences souligne la multiplication récente des études sur leur usage pour traiter la dépression, l'anxiété, les addictions. Dans le monde entier, « des équipes de recherche médicale accumulent des données ». Lui-même travaille à l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif (Val-de-Marne) autour de leur efficacité en psychiatrie,

avec l'unité de recherche en psychiatrie Psycomad 4872. « Ces substances s'avèrent intéressantes pour constituer de nouvelles formes de thérapies mais leurs effets doivent être confirmés par des études de plus grande ampleur et des études cliniques aux méthodologies irréprochables », reconnaît Vincent Verroust.

Mais ces composés psychotropes qui agissent sur certains récepteurs de la sérotonine, la diméthyltryptamine (DMT), le LSD, la mescaline ou la psilocybine sont prohibés depuis la fin des années soixante, considérés comme des substances dangereuses. Pourtant, « après les traitements par électrochoc puis par médicaments, on se rend compte aujourd'hui que les expériences extraordinaires provoquées par les champignons hallucinogènes et le LSD peuvent avoir un effet positif sur le bien-être », note Vincent Verroust. Ainsi, pionnière en Europe, la Suisse a lancé des programmes de psychothérapie sous psychédéliques, avec de la psilocybine de synthèse, chaque traitement très encadré étant opéré après autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (cf. page 8). « Ce protocole dit compassionnel s'adresse aux patients confrontés à une impasse thérapeutique », explique Vincent Verroust. Idem au Canada.

Aux États-Unis, l'organisation à but non lucratif Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS)³ promeut les usages thérapeutiques de la MDMA³, étudiant notamment ses effets sur les cas d'anxiété liée aux maladies mortelles, d'autisme et de stress post-traumatique résistant chez les adultes. Une autre pratique a traversé l'Atlantique, la méditation pleine conscience. Cette pratique de gestion du stress s'applique de plus en plus dans le champ médical français, fait l'objet de protocoles spécifiques dans les domaines des troubles dépressifs et des addictions ainsi que de formations dans les centres hospitaliers universitaires, comme à Bordeaux, Brest, Montpellier-Nîmes ou encore à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Les pistes sont ouvertes. Pour William Lowenstein, « nombreux sont les soignants, les patients et les chercheurs qui espèrent que ce long chapitre des "accrocheurs" benzodiazépines et antidépresseurs ainsi que des inconfortables neuroleptiques ou des choquants électrochocs puisse se tourner ». Reste, précise l'addictologue, qu'« il faut que les recherches actuelles sur les nouvelles molécules ou méthodes présentes et futures soient accélérées, subventionnées, adossées à la science pour se révéler à la hauteur de ces légitimes voire impérieux espoirs ».

1 <https://www.vie-publique.fr/rapport/28783-usages-contemporains-de-plantes-et-champignons-hallucinogènes-une-enquête-qualitative-exploratoire-conduite-en-France>

2 <https://societepsychedelique.fr/fr>

3 <https://maps.org/mdma/>

1 Le masculin est utilisé à titre générique, toutefois tous les statuts et autres désignations sont à entendre aussi bien au masculin qu'au féminin.



Jean Clot
Chargé de projet GREA



Gaël Lehmann
Pair-aidant, coordinateur
Association SYSTM D

LES RECOVERY COLLEGES, OU COLLÈGES DE RÉTABLISSEMENT : DES FORMATIONS QUI INTÈGRENT LA DIMENSION EXPÉRIENTIELLE DE L'ADDICTION

Le projet pilote du « Recovery College Addictions » a été lancé par le GREA fin 2021 en Suisse romande, avec le soutien de la fondation Promotion Santé Suisse. Il s'agit d'une offre de formations courtes données par un binôme formé par un professionnel et une personne ayant une expérience de l'addiction ou « pair ».

Il s'agit ainsi d'allier les connaissances et compétences d'ordre plutôt théorique du professionnel, à celles qui concernent davantage l'expérience du pair. Le propos est nuancé, car le pair peut aussi très bien maîtriser des savoirs théoriques, voire revêtir une « double casquette » théorique/pratique, de la même manière que le professionnel peut avoir une expérience de consommation problématique de substances psychoactives (et mener des réflexions à ce sujet).

Les formations en question sont données dans diverses structures partenaires, telles que des institutions résidentielles socio-thérapeutiques, des centres d'accueil de jour, ou encore des structures ambulatoires spécialisées dans le champ des addictions.

Cet article s'articule autour de deux questions relativement simples dans leur formulation, mais plus complexes dans leurs réponses. Assez générale, la première concerne le cadre de mise en œuvre du projet : pourquoi créer un collège de rétablissement des addictions dans le contexte helvétique ? Plus concrète et spécifique, la seconde a trait au bilan que l'on peut faire à mi-chemin de la phase pilote du projet : quels enseignements peut-on déjà tirer de cette expérience ? Avant d'y répondre, il convient de se pencher brièvement sur le modèle

du *Recovery College* ou collège de rétablissement dans une perspective historique.

BRÈVE RÉTROSPECTIVE

Les collèges de rétablissement ont fait leur apparition au Royaume-Uni à la fin des années 2000, principalement dans le champ de la santé mentale, et le mouvement s'est progressivement étendu à une trentaine de pays.

On peut effectivement considérer qu'ils relèvent d'un « mouvement » au sens où les collèges de rétablissement constituent la manifestation d'un « *nouveau paradigme dans les pratiques psychiatriques et psychosociales* » (Zbinden, 2020)². En effet, ils s'inscrivent dans la continuité du processus d'émancipation des sujets de la psychiatrie initié aux États-Unis dans les années 1980. Ce processus fait ensuite son chemin dans le monde anglo-saxon et au-delà, avec l'émergence concomitante de concepts tels que l'« empowerment » ou la « capacité d'agir », ainsi qu'un intérêt croissant pour la thématique, en témoigne le foisonnement de publications ou de colloques qui y sont consacrés.

Le rétablissement est ainsi conceptualisé, par exemple par Provencher qui explique qu'une démarche de rétablissement « *implique l'élargissement de son pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, l'élaboration et l'implantation de projets de vie basés sur l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales, et la promotion d'un état de bien-être et d'équilibre en harmonie avec ses forces et limites et celles de son environnement* » (2002 : 38)³.

Il est intéressant de remarquer que dans le monde francophone, l'évolution même de la notion de « rétablissement » est révélatrice de ce changement de paradigme. Si l'on se place du strict point de vue de la définition, le rétablissement renvoyait initialement au fait de « recouvrer la santé », autrement dit « guérir » (CNRTL, 2012)⁴. Toutefois, c'est dans la seconde moitié du 20^e siècle que la notion s'enrichit, et que son acception s'élargit et acquiert de nouvelles significations. Cela se reflète dans la mise à jour de la définition proposée dans le journal officiel de la Commission d'enrichissement de la langue française qui précise qu'il « *convient de distinguer le "rétablissement" de la "guérison" qui implique la disparition complète des symptômes* » (ministère de la Culture, 2020)⁵.

Dans cette optique, le fait de recouvrer la santé se mue en « *processus d'amélioration de l'état de*

santé d'une personne atteinte de troubles psychiatriques, qui lui permet de récupérer le meilleur niveau d'autonomie possible pour mener une vie sociale, en dépit de symptômes résiduels » (Ibid.).

² https://www.grea.ch/sites/default/files/retablissement_et_droits_humains.pdf

³ <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2002-v27-n1-smq1436/014538ar.pdf>

⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9tablissement>

⁵ <http://www.culture.fr/france-terme/terme/SANT240>

ADDICTIONS ET SANTÉ MENTALE : MÊME PROBLÉMATIQUE ?

Ce type de perspective qui met davantage l'accent sur le processus que sur le résultat, tout en prenant en compte la dimension sociale de la personne, bénéficie d'un écho important dans le champ des addictions. Cela se doit à deux principaux facteurs : d'une part, le schéma « traitement, abstinence et réinsertion » – l'équivalent de la guérison dans le domaine des addictions – a montré ses limites en tant que modèle unique. S'il est certes approprié et donne d'excellents résultats pour de nombreuses personnes concernées, la diversité des parcours et des situations amène à envisager d'autres possibilités, telles que la réduction des risques et des dommages (RDRD), ou encore le maintien d'une consommation contrôlée et non problématique.

En d'autres termes, il y a plusieurs chemins vers un « mieux-être » ou un « bien-être ». Ces dernières années en Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) tend d'ailleurs à considérer l'addiction sous le jour de la « maladie chronique » et à effectuer certains parallèles avec le handicap ; les impératifs de l'abstinence et de la réinsertion s'étant petit à petit estompés au profit de l'autonomie et de l'autogestion. En effet, tout comme la maladie chronique implique une situation persistante dans le temps et qu'une situation d'handicap peut être modulée en fonction des obstacles rencontrés, les personnes ayant des problématiques persistantes de dépendance peuvent user de stratégies pour mener une vie épanouie et enrichissante.

L'autre facteur concerne la voix des personnes concernées qui peine à se faire entendre, non pas que les capacités ne soient pas là, mais parce que le cadre n'est pas toujours propice. En effet, il y a un phénomène de stigmatisation des personnes faisant face à des problématiques d'addiction, que cela soit du point de vue socioculturel, politique, ou encore institutionnel. Bien que ce phénomène ait fait l'objet de nombreuses études, analyses et publications, il reste néanmoins tenace et latent, tout comme un certain nombre de préjugés et stéréotypes entourant la santé mentale. Ces observations ont également été faites par l'association romande

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

7 <https://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-courts/coordinateurs-en-f/nouveaux-rapports-aux-savoirs-en-sante-emergence-et-usages-de-nouvelles-formes-de-savoirs/Lauto-support%20des%20usa-gers.pdf/view>

8 <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-3-page-33.htm>

9 <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-1-page-73.htm>

10 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220242/>

11 La politique suisse en matière de drogues, dites « des quatre piliers », repose sur 1) la promotion de la santé, la prévention et le repérage précoce, 2) la thérapie et le conseil, 3) la RDRD, et 4) la réglementation et l'exécution de la loi (Confédération suisse, 2022).

12 Dewey, J. (1927). *The public and its problems* : An essay in political inquiry

Pro Mente Sana qui a créé en 2019 un collège de rétablissement en santé mentale à Genève, et qui a mutualisé son expérience avec le GREA dans la mise en œuvre du présent projet⁶.

POURQUOI CRÉER UN RECOVERY COLLEGE ADDICTIONS ?

À l'origine du projet, il y a un certain nombre de constats qui ont été établis et qui ont suscité de l'intérêt pour le modèle du rétablissement tel qu'il a été défini auparavant.

Il a été par exemple souligné à maintes reprises que le plus important pour une personne en difficulté est d'être reconnue et prise en considération dans ce qu'elle vit, de pouvoir interagir, partager des expériences et connaissances avec des personnes dans une situation similaire, et de développer des stratégies concrètes pour améliorer sa situation (Jauffret-Roustide, 2010⁷ ; Pelletier *et al.*, 2017⁸ ; Mougeot *et al.*, 2018⁹ ; Toney *et al.*, 2018¹⁰). C'est la raison pour laquelle il convient de travailler et collaborer avec les personnes concernées tout en favorisant l'autosupport. Le Recovery College Addictions cherche précisément à concrétiser ces principes.

D'un point de vue plus contextuel, l'ambition consiste également à combler certains vides en Suisse romande. En effet, prohibition et marché noir obligent, de nombreuses ressources sont consacrées à la « réglementation et exécution de la loi » ainsi qu'à la « thérapie » (pour reprendre les dénominations des piliers de la politique drogue en Suisse¹¹). Or, il conviendrait d'aborder également les problématiques d'addiction sous un angle pédagogique et psychoéducatif qui favorise le dialogue et les échanges libres au sujet des consommations et des addictions.

C'est justement dans ce schéma que s'inscrit le Recovery College Addictions. L'accent est mis sur le partage des connaissances, aussi bien du professionnel que de la personne concernée par les addictions, ainsi que sur les échanges avec le groupe de participants, sans tabous ni jugements.

Dans un contexte où se sont dressées des cloisons symboliques entre le spécialiste diplômé et le patient et où prédominent des rapports asymétriques, l'enseignement en binôme permet d'accorder un rôle central aux personnes concernées et de valoriser leurs connaissances et leurs savoirs. En effet, en matière de formation, les personnes concernées par les addictions jouent fréquemment un rôle plutôt secondaire, souvent cantonné au témoignage venant illustrer les propos du professionnel.

À l'inverse, le projet du Recovery College Addictions cherche à remettre au centre la personne concernée et à intégrer la dimension expérientielle dans l'enseignement, avec une idée sous-jacente qui date de près d'un siècle mais qui reste toujours actuelle, à savoir que « *c'est la personne qui porte la chaussure qui sait le mieux si elle fait mal et où elle fait mal* » (Dewey, 1927)¹².

Si la formule de Dewey concerne la participation citoyenne, elle peut s'appliquer à d'autres domaines et thématiques. On peut en effet observer une tendance, notamment dans les sociétés occidentales, vers une reconnaissance de l'expertise des personnes auxquelles s'adressent les politiques publiques, et cela dans de nombreux champs professionnels, tel que l'urbanisme et l'aménagement du territoire. Alors que les décisions en matière de rénovation d'un quartier, par exemple, ont longtemps été l'apanage des élus politiques et des spécialistes de tous bords, de nombreuses démarches participatives incluant les habitants ont vu le jour ces vingt dernières années.

Le domaine des addictions a également évolué et s'inscrit dans cette tendance. Ce n'est pas sans difficulté, notamment du fait de représentations sociales négatives qui persistent et qui peuvent susciter des doutes, une remise en question, voire un rejet. Si la participation d'un groupe de riverains aux processus de décision au sujet de la refonte de leur quartier fait sens, et peut être même considérée désormais comme nécessaire ou allant de soi, l'acceptation est un peu différente lorsqu'il s'agit de personnes consommant des produits illicites et faisant face à des problèmes d'addiction.

QUELS ENSEIGNEMENTS EN TIRER À CE JOUR ?

Il convient de différencier les résultats collectifs des résultats individuels. Globalement positifs,

ils s'inscrivent bien entendu dans des limites, aussi bien régionales qu'institutionnelles (partenariat avec six institutions romandes) ou encore temporelles (phase pilote de deux ans).

Du point de vue collectif et pour faire écho aux éléments soulevés dans la section précédente, le projet du Recovery College Addictions montre que la participation à tous les niveaux est une plus-value en termes de pertinence et de réponses adéquates apportées sur le terrain en Suisse romande. En effet, le développement du projet repose sur une structure organisationnelle qui comprend un comité de pilotage, une commission pédagogique et une équipe de formateurs et formatrices. Tous ces groupes sont paritaires, intégrés par des professionnels et des personnes concernées. Pour ce qui est de ces dernières, il y a des parcours variés : on trouve aussi bien des personnes abstinentes que consommatrices actives. Au-delà de leurs ressources propres et selon les situations, elles ont eu également recours à divers accompagnements et structures : en milieu hospitalier, résidentiel, ambulatoire, à travers des groupes d'autosupport. En outre, elles ont des expériences diverses en matière d'addiction : certains avec des substances légales, d'autres avec des produits illégaux.

Cette diversité permet de mutualiser les connaissances et les expériences et de proposer des formations adaptées aux problématiques et aux demandes des personnes concernées. C'est en suivant ce même objectif que des ateliers de recueil de besoins ont également été effectués lors de la première phase du projet, afin de refléter la diversité des situations tout en prenant en compte également les différents cadres institutionnels. Il s'agissait de partir du fait que les attentes et les besoins varient considérablement d'une personne à une autre, comme d'une institution à une autre.

Ces ateliers, sous forme de *focus groups* menés dans cinq structures auprès d'une douzaine de personnes, ont ainsi permis d'identifier et de recueillir une grande variété de besoins qui étaient relativement peu pris en compte ou qui pourraient, aux yeux des participants, faire l'objet d'un renforcement au niveau des connaissances et compétences. Dans un deuxième temps, les binômes de formateurs et formatrices conçoivent des cours, d'une part selon les affinités thématiques et expérientielles avec leurs parcours respectifs, d'autre part en prenant en compte les dimensions les plus récurrentes.

On peut citer sous forme de questions quelques exemples qui ont fait l'objet de formations ou au

sujet desquels des formations seront conçues : comment gérer l'« après-résidentiel » ? Comment s'y retrouver dans la paperasserie et les démarches administratives (poursuites, dettes, rappels, etc.) ? Comment prévenir la « rechute » ? Comment renforcer sa volonté ? Comment mieux gérer les émotions négatives (colère, frustration, dépit, etc.) ? Comment parler de ses problèmes d'addictions à ses proches ?

Le fait de recueillir ces besoins dans une approche ascendante et d'être en phase avec la réalité des personnes concernées permet de proposer des formations « sur mesure ». Jusqu'à maintenant, les participants ont manifesté un degré élevé de satisfaction lors des deux formations réalisées - comptant chacune trois modules d'une heure et demie - sur un total de dix rencontres prévues.

Au niveau individuel, deux éléments positifs ont pu être observés. Le premier concerne les formateurs et formatrices experts de vécus qui donnent les cours au côté des professionnels. Le fait de pouvoir utiliser et mettre à profit des expériences parfois difficiles au service des personnes concernées a un côté gratifiant et stimulant. La reconnaissance et la valorisation de leur rôle et de leur expertise ont un impact favorable en termes d'estime et de confiance en soi.

À son tour, ce renforcement de la confiance est inspirant pour les participants à la formation. En effet, de leur point de vue et au-delà des aspects pédagogiques (par exemple le renforcement d'une compétence donnée), l'attitude, les dispositions et le savoir-être du formateur ont un aspect extrêmement bénéfique : la plupart des participants non seulement se reconnaissent en lui, mais reconnaissent également que leur situation n'est pas immuable ni figée.

Un dernier point satisfaisant concerne davantage les professionnels : de nombreux retours positifs ont été exprimés, en particulier le fait que la participation à ce projet pilote leur permet d'apprendre beaucoup sur la réalité des personnes concernées. Cette expérience semble avoir un côté très enrichissant au sens où il y a une redéfinition des statuts et des rôles, ainsi qu'une possibilité concrète de collaboration. Le projet implique des réunions de travail, un dialogue, des échanges, une approche réflexive, des tâches de conception et de planification, sans parler de l'enseignement et de l'animation en binôme, soit autant d'éléments qui bouleversent des rapports interpersonnels traditionnellement établis.

ÉPILOGUE : EXPÉRIENCE ET RESENTI DE GAËL LEHMANN

On peut fréquemment lire de belles phrases sur l'émancipation des personnes affectées par des problématiques de santé psychique ou d'addiction, ou sur leur plus grande autonomie pour mener une vie sociale. Cela fait plaisir, mais ne suffit pas. En effet, aux yeux des personnes concernées, certains articles et descriptifs d'institutions, par exemple, semblent souvent empreints de bonnes intentions sans que cela se reflète sur le terrain.

Avec le collège de rétablissement, j'ai eu le plaisir de découvrir un nouveau paradigme mis en pratique. Grâce aux moyens mis en place, à l'engagement des formateurs et formatrices, ainsi qu'à celui des participants, le concept de ce collège qui se transmet de pays en pays incarne directement le changement qu'il met en avant. En effet, dès nos premières rencontres avec les professionnels, dans le cadre de la préparation du collège et durant les formations de base destinées à nous permettre de devenir formateurs, l'horizontalité et le partage de connaissances étaient de la partie. J'avais déjà fait l'expérience de collaboration entre pairs et professionnels dans mon expérience associative. Le constat

a été riche en points positifs, comme le fait de se sentir pris en considération, valorisé, écouté et capable de soutenir l'évolution des pratiques professionnelles. Dans le collège, j'ai rapidement retrouvé ces bienfaits qui sont alors verbalisés et inscrits dans la durée. Sortir de la case « usager, bénéficiaire » pour devenir un partenaire est très encourageant sur un chemin de rétablissement.

Cette richesse du partage de connaissances et ce renforcement du parcours de rétablissement, nous l'insufflons ensuite durant les formations en binôme. La boucle est bouclée, le cercle vertueux est mis en place. Voilà ce que le Recovery College Addiction représente pour moi.

Comment l'insufflez-vous ? me direz-vous ! Grâce à une approche pédagogique différente de celle que nous avons connue à l'école : une approche participative, ludique et vivante. Nous sommes « animateurs d'ateliers » et non pas professeurs. Nous allons apprendre ensemble et non pas déverser notre savoir. La pédagogie devient un art auquel nous sommes maintenant initiés sur la base de méthodes concrètes. Grâce à l'initiative de Pro Mente Sana et ensuite du GREA, je suis content d'être désormais pair-formateur et j'espère vous avoir donné envie de venir participer à ces formations innovantes, conviviales et fondamentalement humaines.

Bibliographie

- **CNRTL. (2012).** *Définition de rétablissement.* Centre national de ressources textuelles et lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9tablissement>, page consultée le 14.09.2022.
- **Confédération suisse. (2022).** La politique des quatre piliers. Office fédéral de la santé publique. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/vier-saeulen-politik.html>, page consultée le 14.09.2022.
- **Dewey, John. (1927).** *The Public and its Problems.* New York : Holt.
- **Jauffret-Roustide M. (2010).** *L'autosupport des usagers de drogues, des « Life skills » reconverties en expertise dans le champ de la santé.* Actes de l'AREF, Université de Genève. <https://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-courts/coordinateurs-en-f/nouveaux-rapports-aux-savoirs-en-sante-emergence-et-usages-de-nouvelles-formes-de-savoirs/Lauto-support%20des%20usagers.pdf/view>
- **Ministère de la Culture. (2020).** *Rétablissement.* FranceTerme, Commission d'enrichissement de la langue française. <http://www.culture.fr/franceterme/terme/SANT240>, page consultée le 14.09.2022.
- **Mougeot, F., Robelet, M. et Rambaud, C. (2018).** L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique* 30 (1), 73-81.
- **Pelletier, J.-F., Rowe M. et Davidson, L. (2017).** Le mentorat de rétablissement : introduction d'un programme de formation médicale et d'une approche de e-learning pour-et-par les usagers. *Rhizome* 3-4 (65-66), 33-34.
- **Provencher, H. (2002).** L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec* 27 (1), p. 35-64.
- **Toney R. et al. (2018).** Mechanisms of Action and Outcomes for Students in Recovery Colleges. *Psychiatr Serv.* 69(12), p. 1222-1229.
- **Zbinden B. (2020).** Rétablissement et droits humains. *Dépendances* 67, p. 3-5.



Florence Cordi

Psychologue clinicienne, accompagnatrice en montagne et coordinatrice de l'association La Trace (Bruxelles)

LE SPORT-AVENTURE COMME ESPACE DE RENCONTRE AVEC SOI ET LES AUTRES

La Trace est un centre d'accompagnement psycho-social travaillant avec le sport-aventure et la nature. Basé à Bruxelles, il est ouvert à toute personne en difficulté, que ce soit dans le domaine de la consommation ou celui de la santé mentale. La Trace propose pendant l'année des activités hebdomadaires d'escalade et de randonnée ainsi que plusieurs stages sportifs résidentiels. La fréquentation est libre et sans limite dans le temps et la non-consommation d'alcool ou de drogue est requise le temps de l'activité ou du stage. Outre les activités, un accueil inconditionnel est assuré toute la semaine. Le cadre se veut souple et informel, permettant une grande proximité et créativité dans son utilisation. En 2019, La Trace a aussi mis en place un projet de maraîchage nommé « Sème qui peut ! », un collectif d'entraide et d'échange de services entre des maraîchères et maraîchers bruxellois et des citoyens désireux de mettre les mains dans la terre, respirer au grand air et se faire du bien.

La démarche de consulter un centre pour usagers de drogue a souvent pour origine le besoin de mettre fin à une situation désagréable en tentant d'arrêter ou de contrôler une consommation de substances psychoactives dont les conséquences sont devenues trop invalidantes. Les raisons peuvent être multiples : volonté de remplacer la consommation par une substance plus acceptable, de sortir de la précarité financière induite par la consommation, d'échapper à des soucis de justice, de rassurer ses

proches ou d'éviter un licenciement. Si les motivations sont variées, la porte d'entrée reste une volonté d'arrêt par la personne, que ce soit la volonté d'arrêter sa consommation ou d'éviter les conséquences ou souffrances (ex : sevrage) pouvant en découler. Reste à savoir ce qui peut se reconstruire sur le creux laissé par cet arrêt. Si la consommation ne définit plus la personne, ni pour elle-même ni pour son entourage, l'enjeu est dès lors de (re) découvrir ce qu'on peut être d'autre.

1 Tous les témoignages sont issus du livre « *La Trace, récit d'une aventure* » (2020), Azarian E. et Thomas A., texte collectif publié par La Trace asbl.

2 Lire à ce propos « *Bénéfices thérapeutiques du travail de la terre* » (2022), texte collectif de François Emmanuel Tirtiaux, Sème qui peut ! et Nos Oignons.

SE RECONNECTER

Dans cette perspective, des institutions comme La Trace proposent un espace de découverte, permettant à la personne de renouer avec son désir, un élan vital basé sur

le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue (Winnicott, 1971). Par des activités se déroulant dans un cadre de nature, La Trace invite à se reconnecter à son corps, aux autres et au vivant. Elle propose un lieu « ni trop tox ni trop psy » où l'on vient librement, « pour faire du sport » ou « voir des gens », « retrouver le sportif qu'on était avant », sans nécessité de dévoiler son parcours. Une de nos participantes explique : « *On n'est jamais interrogé sur le pourquoi on est là. Ça, pour moi, c'est essentiel.* »¹

La Trace est un lieu où l'on vient parce qu'on a eu envie de le faire, pour se changer les idées, bouger, se faire du bien. On y dépose ses bonnes parties, on fait rire, on s'entraide, on partage, tout en sachant que les parts sombres ou douloureuses de chacun ont leur place. La confiance s'installe au fil des randonnées et des journées d'escalade. Si la personne n'est pas en état de participer à l'activité, l'accueil et le lien se maintiennent afin de limiter la honte et l'isolement qu'implique la rechute. Le travail des accompagnants se fait sur un fil, entre le minimum de cadre et la souplesse de l'informel propre à la philosophie de notre projet. Il s'agit de « tenir bon » tout en se laissant toucher, bousculer, façonner ou malmené parfois par la violence des affects de nos usagers.

LE GROUPE, LA NATURE, LE SPORT

Le travail de La Trace s'appuie sur plusieurs leviers essentiels : le cadre soutenant, l'expérience du groupe, la nature et l'activité physique. Les activités en groupe permettent de s'éprouver autrement, dans un cadre où les autres peuvent être un soutien, un exemple ou une épreuve. Dans la régularité de l'activité, les liens et la confiance se tissent avec les encadrants et les autres participants, créant un nouveau sentiment d'appartenance. Une participante témoigne : « *Avec l'équipe, c'est comme une famille. Je ne sais pas expliquer ça. C'est comme des gens vrais en fait.* »

Une autre part de ce qui est opérant a trait à la place de la nature. Pour nous, elle est bien plus qu'un outil, elle est une expérience d'authenticité, un espace

de rencontre avec soi et les autres, loin des regards stigmatisants². Une participante nous dit : « *Je pense que dans la nature, on est moins distraits, notre regard et nos oreilles ne sont pas à autre chose qu'à ce qu'on veut vraiment les mettre. Par exemple, en rue, il y a un coup de klaxon, on va tourner la tête. Il y a toujours moyen d'être distrait. Je dirais que dans la nature, on regarde la beauté mais on est tout aussi à l'écoute des autres. La nature est moins distrayante. La ville envahit... elle te pousse à la distraction.* » Un autre ajoute : « *La nature ne me touche pas vraiment mais j'ai déjà remarqué que quand je marche, je regarde par terre et c'est quelque chose qui me permet de m'intérioriser et qui ne serait évidemment pas possible en ville parce que tu as un tas de choses qui t'appellent. Ça me permet d'être un peu en introspection tout en n'étant pas tout le temps en introspection. Je ne suis pas seul et si j'en ai marre, je me mets à parler avec quelqu'un.* »

Un autre aspect évident est l'effet bénéfique de l'activité physique. Réduction du taux de stress, fabrication d'endorphines, régulation du sommeil et de l'appétit, remplacement du produit par une activité intense et valorisée. Cela fait partie du plaisir partagé pendant les activités et les stages : la satisfaction de sentir son corps vivant et capable. La non-consommation n'est plus une fin en soi mais un moyen pour accéder à une activité motivante. Le sport-aventure comporte aussi des règles et des risques auxquels nous sommes tous soumis. Il impose une notion de cadre et des rôles à respecter. S'il évoque le dépassement de soi, La Trace veille cependant à ce que la notion de plaisir soit plus importante que toute notion de souffrance. Il s'agit de sortir de sa zone de confort sans se faire violence.

Le cadre, le groupe, la nature, l'activité, tous ces éléments contribuent à faire soin. Notre travail tend à mettre en place des conditions permettant la rencontre, imprévisible et singulière. Nos participants le disent mieux que nous : « *À La Trace, je me soigne de comment, dans les autres endroits, on m'a regardé. Ici, je me sens moi, c'est incroyable* », ou encore : « *Je me suis senti considéré comme faisant partie de la communauté des hommes. La Trace m'a rendu à mon humanité.* »

Sans idée préétablie de ce qui va se jouer pour chaque personne en particulier, nous espérons ainsi ouvrir un espace permettant un changement du regard que l'on porte sur soi. Cet espace de jeu et de créativité permet d'élaborer les questions ayant trait à l'identité, par les sens, par le corps, par le vécu d'émotions très variées. Comme le dit l'une de nos participantes, elle sait qu'elle ne retrouvera pas l'intensité de la consommation mais l'expérience de La Trace est un chemin pour redécouvrir ce qui fait « la saveur de la vie ».



Myriam Beaulieu

*Ph.D. professionnelle de recherche
à l'Université du Québec à Trois-Rivières*

&

Joël Tremblay

*Ph.D. professeur au département de psychoéducation
de l'Université du Québec à Trois-Rivières*

Karine Bertrand

*Ph.D. professeure au département de santé
communautaire de l'Université de Sherbrooke*

L'ADOPTION D'UNE APPROCHE HOLISTIQUE ET CENTRÉE SUR LES FORCES POUR MIEUX SOUTENIR LE PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE AU LONG COURS D'USAGE DE SUBSTANCES

La littérature indique que le trouble d'usage de substances (TUS) est un problème qui persiste dans le temps pour une large proportion des personnes concernées. Leur longue trajectoire serait ponctuée par des épisodes répétés de traitement, des périodes d'abstinence plus ou moins longues et des rechutes menant à la reprise d'une consommation modérée ou problématique (Simoneau *et al.*, 2018).

La reconceptualisation du TUS comme étant un phénomène persistant chez certains interpelle un changement de paradigme dans l'offre de services. Ce changement nécessite :

- 1) de passer d'un modèle de traitement à court terme vers un accompagnement au long cours ;
- 2) de délaissier la concentration sur la maladie pour adopter une perspective holistique centrée sur le bien-être et les forces de la personne (Kaskutas *et al.*, 2014).

Cette dernière perspective implique de tenir compte du contexte de la personne, de ses forces, de ses aspirations ainsi que de ses différentes sphères de vie, dont notamment sa famille et la communauté au sein desquelles elle évolue.

D'un point de vue clinique, cette perspective peut s'actualiser au moment de l'évaluation des besoins et de la mise en place des services. De même, lors de l'évaluation du traitement, il peut être pertinent d'adopter une perspective holistique considérant l'ensemble des progrès réalisés par la personne plutôt qu'uniquement ceux liés à la consommation.

L'implication des membres de l'entourage dans le processus de traitement est fortement recommandée dans une perspective holistique de traitement. Ils sont une source importante de soutien pour la personne. Toutefois, ils peuvent aussi jouer un rôle, sans forcément le vouloir, dans le maintien des comportements problématiques. Il est crucial de les outiller pour qu'ils interagissent de façon appropriée face aux enjeux à long terme du processus de rétablissement.

Considérer l'individu et sa situation de façon holistique implique également de prendre en compte ses forces autant que ses difficultés. Le regard porté sur les personnes présentant un TUS persistant est généralement centré sur leurs vulnérabilités et les représentations sociales les dépeignent souvent comme des individus dépourvus de volonté personnelle, de responsabilité et d'autonomie (Jaufret-Roustide, 2009). Mais, malgré leurs difficultés, elles parviennent à cumuler des compétences et des connaissances, et possèdent diverses qualités pour faire face à leur problématique de dépendance. Il est donc important de porter un regard équilibré en s'attardant également sur les ressources qui les aident à maintenir leur processus de rétablissement. Les professionnels qui les accompagnent peuvent les aider à identifier les forces et les ressources mobilisées pour traverser les périodes difficiles ainsi que celles qui sont disponibles dans leur réseau et leur communauté. Ils peuvent également les conduire à dresser un inventaire des connaissances qu'elles possèdent déjà et qui sont utiles à leur processus de rétablissement.

Sur le plan organisationnel, l'adoption d'une perspective holistique implique l'élaboration d'une offre de services coordonnée et globale pour mieux répondre aux besoins complexes : amélioration de l'accès et de la fluidité entre institutions, amélioration de la communication, bonification de la programmation pour mieux répondre aux besoins complexes, mise sur pied d'une équipe basée sur l'approche de *case management*, etc.

De plus, il s'agit aussi de soutenir la persévérance des bénéficiaires face aux défis qui surviennent dans le cadre de leur processus de rétablissement : les prestataires de services peuvent mettre en place un contexte favorisant le développement des ressources personnelles en créant des opportunités (ex. d'emploi, d'éducation, d'implication dans la communauté, etc.). Les personnes présentant un TUS persistant sont ainsi encouragées à renforcer leur estime et le sentiment d'auto-efficacité (Cano *et al.*, 2017).

Contrairement au paradigme médical qui se centre sur l'individu en tant que porteur de symptômes (Alonso, 2004), l'adoption d'une perspective holistique nous conduit à dépasser le problème en considérant l'individu de façon globale. Cette perspective est cohérente avec les caractéristiques du processus de rétablissement qui nous rappellent qu'il s'agit d'un processus global d'amélioration du bien-être dont les différentes facettes peuvent interagir pour favoriser le rétablissement. Des auteurs rapportent, par exemple, comment le fait de se sentir soutenu par son entourage contribue à mieux s'accepter, ce qui alimente le processus de (re)construction de soi (Van Steenberghe *et al.*, 2021). Les expériences de retour aux études (Munton *et al.*, 2011) ou à l'emploi (Yamashita *et al.*, 2021) contribuent également au développement de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. D'où l'importance de concevoir l'individu à l'aide d'une perspective holistique et centrée sur les forces.

Bibliographie

- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research : the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 239-244.
- Cano, I., Best, D., Edwards, M. et Lehman, J. (2017). Recovery capital pathways : Modelling the components of recovery wellbeing. *Drug and alcohol dependence*, 181, 11-19.
- Jaufret-Roustide, M. (2009). Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La revue lacanienne* (3), 109-118.
- Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M. S., Stunz, A. et Bond, J. (2014). Elements that define recovery : the experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), 999-1010.
- Munton, T., Wedlock, E. et Gomersall, A. (2011). *The role of social and human capital in recovery from drug and alcohol addiction*. HRB Drug and Alcohol Review.
- Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S. et Fleury, M. J. (2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders : A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 37, S246-S262.
- Van Steenberghe, T., Vanderplasschen, W., Bellaert, L. et De Maeyer, J. (2021). Photovoicing interconnected sources of recovery capital of women with a drug use history. *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 1-15.
- Vigdal, M. I., Moltu, C., Bjornestad, J. et Selseng, L. B. (2022). Social recovery in substance use disorder : A metasynthesis of qualitative studies. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 974-987.
- Yamashita, A., Yoshioka, S.-I. et Yajima, Y. (2021). Resilience and related factors as predictors of relapse risk in patients with substance use disorder : A cross-sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 40.



Nathalie Lancial
Club House Lille



Jean-Philippe Cavroy
Santé mentale France

1 Vigneault L., *Je suis une personne pas une maladie !*, Performance Editions, Québec, 2019.

2 Association Clubhouse France, communauté de rétablissement en santé mentale.

EN QUOI L'ACCOMPAGNEMENT HOLISTIQUE VERS LE RÉTABLISSE- MENT DES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CONTRIBUE À UNE MEILLEURE GESTION DES CONSOMMATIONS ADDICTIVES : L'EXEMPLE DU CLUBHOUSE

Les personnes vivant avec des troubles psychiques témoignent souvent de pratiques d'usage de psychotropes avec une surreprésentation d'usages abusifs et de pratiques addictives. Par psychotrope, on entend ici toute substance ayant une action chimique sur le psychisme. Cela comprend donc les traitements médicaux prescrits par le médecin et/ou le psychiatre, mais également l'ensemble des substances consommées par une personne en vue d'arriver à un état altéré de conscience, qu'elles soient légales (alcool, tabac, ...) ou illégales (cannabis, cocaïne, etc..).

Alors, comment comprendre cette surreprésentation ? Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance majorée à l'usage de psychotropes : des facteurs neurobiologiques prédisposant la personne aux usages addictifs, la recherche du soulagement des symptômes liés à la maladie psychique ou liés

aux effets secondaires des traitements, ou encore la recherche de soulagement face à des expériences antérieures traumatiques.

Nous savons par ailleurs que c'est parfois de l'usage répété de psychotropes qu'apparaît la maladie, le psychotrope jouant en quelque sorte le rôle de « révélateur ». Luc Vigneault, pour sa part, parle de « *cohabitation de deux souffrances : les troubles de santé mentale et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives* »¹. C'est ce qu'exprime clairement un membre du Clubhouse France² : « *J'ai commencé à prendre des psychotropes très tôt, à l'adolescence : cannabis et cigarettes. [...] Vers l'âge de 19 ans, je tolérais de moins en moins. Ça me rendait anxieux, parano. J'ai trouvé d'autres substances. Avec la maladie, je continue de prendre des psychotropes.* »

Mais, pour beaucoup, le projet de venir au Clubhouse agit comme un outil de régulation, voire de motivation à l'arrêt. En effet, pour pouvoir être accueilli au Clubhouse, il est demandé aux membres d'être « sobres ». Il est marquant de voir comment beaucoup ont intégré cette exigence, et comment ils en ont fait un levier pour réguler ou arrêter leur consommation :

« Je consomme beaucoup moins depuis que je suis au Clubhouse, déjà parce qu'il faut être à jeun pour venir. »

« Je suis clean depuis 2014. Je pense que venir au Clubhouse a ralenti une rechute et me permet de construire mes journées. »

« Aller au Clubhouse aide à ne pas consommer de cannabis, au moins la journée. »

Une personne qui fréquente le Clubhouse le fait dans le cadre d'une démarche globale d'avancée sur son chemin de rétablissement. Le concept de rétablissement, issu d'un mouvement d'usagers de la psychiatrie qui militaient dans les années 70 pour la réappropriation du pouvoir d'agir, et notamment porté par Patricia Deegan et Bill Anthony, est défini comme suit :

« Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale... » (Bill Anthony, 1993).

C'est donc ce processus d'empowerment, cette restauration du pouvoir d'agir, favorisés par la fréquentation des Clubhouses, qui conduisent les personnes concernées à s'interroger sur leur rapport aux psychotropes et aux substances consommées hors parcours de soin d'abord. Par la suite, elles s'interrogent également sur leur rapport aux médicaments prescrits et donc, par extension, sur leur relation avec le personnel médical.

« J'ai eu une addiction aux médicaments et plein d'émotions ont disparu à cause d'eux. »

« J'ai été scandalisée par le comportement des

psychiatres qui vous collent des médicaments sans s'intéresser à ce qui peut poser problème. Dans les hôpitaux, on nous dit de venir voir les infirmières mais quand on ne va pas bien on ne va pas vers les autres. »

À l'inverse, les propos sont positifs quand il y a une alliance avec l'équipe médicale, que la personne est associée à la prise de décision et qu'elle est encouragée à développer son autonomie.

« Lors d'une autre hospitalisation, je n'avais pas accès à mes médicaments, c'est une infirmière qui passait. Je suis aujourd'hui semi-autonome dans la prise de mes médicaments. »

« Je suis transparente avec ma psychiatre. J'ai une bonne relation avec elle. Je parle beaucoup des effets secondaires des médicaments avec ma psychiatre. »

« Je ne prends plus de médicaments depuis 2019. C'est un choix que j'ai fait. J'en ai parlé à ma psychiatre. »

EN CONCLUSION

Les personnes vivant avec un trouble psychique sont davantage confrontées aux problèmes d'addictions que le reste de la population. Mais, lorsqu'elles sont dans une dynamique de prise en main de leur rétablissement, avec le soutien d'un accompagnement holistique, elles témoignent d'une évolution significative de leur rapport aux médicaments et à la consommation de psychotropes au sens large. Elles apprennent à mieux se connaître et deviennent de plus en plus responsables de la gestion de cette consommation.

Cela est d'autant plus significatif dans le cadre des traitements médicaux où il existe une vraie demande d'alliance médicale médecin/patient pour le choix des molécules utilisées et les dosages, chacun devant évidemment rester dans son champ de compétences propres : les personnes concernées dans leur ressenti vis-à-vis du traitement proposé et les médecins dans l'équilibre à trouver avec cesdits traitements. Santé mentale et addictologie peuvent donc se retrouver dans cette approche orientée vers le rétablissement, d'essence bio-psycho-sociale où les questions de vulnérabilité, de réduction du risque, d'autodétermination de la personne et de prévention sont centrales.

La Fédération SANTÉ MENTALE FRANCE

rassemble les acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux ainsi que les usagers de la santé mentale et leurs proches. Elle œuvre à promouvoir des soins et accompagnements de progrès et d'espoir selon les concepts du rétablissement et de l'autodétermination qui mettent la personne concernée au centre de son projet. santementalefrance.fr

CLUBHOUSE FRANCE

est une association qui propose des lieux d'accueil de jour, non médicalisés et organisés comme une entreprise, dans une ambiance bienveillante, dans le but de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes vivant avec un trouble psychique sévère (dépression, bipolarité, schizophrénie, ...). Ces lieux d'activités sont cogérés par les personnes bénéficiaires, appelées « membres », aux côtés d'une équipe de salariés appelés « staff ». Les membres sont les premiers acteurs de leur insertion et de leur rétablissement. clubhousefrance.org

1 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale de Montréal / Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches



Nadine Blanchette-Martin

M.Serv. Soc. Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISS-CA¹



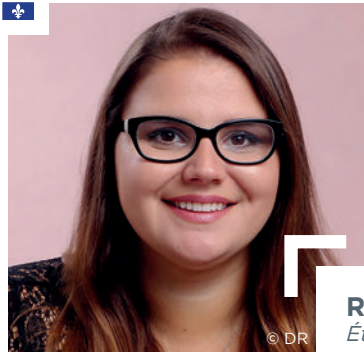
Francine Ferland

Ph.D., Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISS-CA¹



Chantal Plourde

Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières



Rosalie Genois

Étudiante au doctorat Recherche en sciences de la santé à Université de Sherbrooke-Longueuil, Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISS-CA¹

INTERVENTION CONCERTÉE AUPRÈS DE PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHOTIQUES EN CONCOMITANCE AVEC UNE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Cet article décrit le programme Rond Point, une intervention concertée réalisée au Québec auprès de personnes présentant un trouble psychotique concomitant à des problèmes de consommation de substances psychoactives ainsi que l'évaluation de son impact.

MISE EN CONTEXTE

La présence simultanée chez une même personne d'un trouble psychotique et d'un trouble d'usage

de substances (TUS) diversifie et augmente la sévérité des difficultés rencontrées. Cette concomitance occasionne souvent des bris d'objectifs (ex. : rechute, incapacité à diminuer, augmentation de la consommation, etc.) sur le plan de la consommation, entraîne de nombreuses hospitalisations, visites aux urgences (Mueser *et al.*, 2013) et plusieurs impacts dans les différentes sphères de vie (Drake *et al.*, 2016).

Un niveau de soins plus intensif est requis par ces personnes (Banerjee *et al.*, 2002). Bien que l'inter-

vention intégrée soit préconisée, les approches d'intervention séquentielles ou parallèles sont encore les plus courantes à ce jour (Dubreucq, *et al.*, 2012).

LE PROGRAMME ROND POINT

Développé au Québec, dans la région de Chaudière-Appalaches, le programme Rond Point (RP) s'adresse aux personnes de 18 ans et plus atteintes de troubles de santé mentale sévères et persistants et présentant un TUS (Blanchette-Martin, *et al.*, 2020). Il a pour objectifs de favoriser l'intégration sociale et d'améliorer la qualité de vie. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs aspects cliniques sont ciblés au cours de l'intervention, notamment la stabilisation de la santé mentale, la réduction des méfaits associés à la consommation, le développement d'aptitudes à vivre de façon autonome au sein d'un milieu de vie, le développement d'aptitudes sociales, l'amélioration de l'estime de soi et la reprise de contrôle sur leur vie.

Au départ, le programme a été conçu pour être dispensé dans un milieu de vie prenant la forme d'un appartement supervisé pouvant accueillir six personnes à la fois, avec un hébergement allant de six à 18 mois selon leurs besoins. À leur sortie, le suivi perdure dans leur milieu de vie afin de poursuivre le travail amorcé et de maintenir les acquis. Le programme comprend quatre composantes travaillées de façon non linéaire :

- 1) l'engagement dans la démarche,
- 2) la reconnaissance des impacts de la consommation sur la problématique de santé mentale et sur la qualité de vie,
- 3) les changements concrets (réduction/arrêt de la consommation, gestion de la médication, réinsertion sociale) et
- 4) la prévention de la rechute.

ÉTUDE D'IMPACT DU PROGRAMME

RP a fait l'objet d'une évaluation d'impact (Blanchette-Martin *et al.*, 2020) dans le but de vérifier s'il répondait bien aux objectifs ciblés. 63 % des personnes admises au programme entre septembre 2010 et août 2015 ont accepté de participer au projet d'évaluation (N = 19/30). Les résultats comparant l'année avant l'entrée à RP et l'année suivant

la sortie des participants indiquent une diminution moyenne par personne des consultations liées à la consommation de substances psycho-actives ou aux troubles psychiatriques dans les hôpitaux :

- 1) forte diminution du nombre moyen d'heures passées dans les services d'urgence (18h24 vs 1h37) et
- 2) forte diminution du nombre moyen de jours d'hospitalisation (40,93 vs 0,3 jours).

De plus, douze mois après leur entrée dans le programme, aucun participant ne rencontre les critères de dépendance aux substances, leur bien-être psychologique s'est amélioré, leur détresse psychologique est moins importante, ils ont acquis des aptitudes et de l'autonomie concernant leur hygiène et leur habillement, enfin ils sont également plus nombreux à travailler (travail rémunéré ou bénévole).

CONCLUSION


Les résultats de l'étude combinés aux observations cliniques montrent l'efficacité de cette intervention intégrée qui regroupe des spécialistes en santé mentale et des spécialistes en dépendance travaillant ensemble pour contribuer au mieux-être des personnes ayant ces troubles concomitants. La principale faiblesse de RP est l'hébergement centralisé dans un seul lieu pour l'ensemble de la région, ce qui limite le nombre d'admissions annuelles et rend le programme onéreux.

De plus, il devient difficile dans ce contexte de dispenser RP aux personnes des autres secteurs de la région en les éloignant de leur milieu de vie puisque certains acquis de réinsertion sociale doivent être reconstruits au retour dans leur municipalité (réseau social, travail, organismes de soutien, équipe traitante, etc.). Il devient donc plus efficace pour leur rétablissement à moyen/long terme de leur dispenser RP dans un contexte de proximité de vie.

Le programme est donc en révision afin de le rendre disponible à tous les usagers de la région en leur permettant de demeurer dans leur milieu respectif. Ainsi, RP n'est plus centralisé et l'intervention se fait à partir de la résidence de la personne, de la communauté ou encore des services sociaux. Ces changements ouvrent ce programme à une plus large portion de la population et permettent d'optimiser la voie du rétablissement pour ces personnes présentant de grands besoins.



Bibliographie

- **Banerjee, S., Clancy, C. et Crome, I. (2002).** Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis) : An information manual. Final report to the Department of Health. London : Repéré sur le site du Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit à <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ddipPracManual.pdf>
 - **Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Genois, R., Plourde, C., Dallaire, F., & Labbé, A. (2020).** Troubles psychotiques et consommation de substances psychoactives : impacts d'une intervention concertée. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(4), 31-44. doi : 10.7870/cjcmh-2019-017.
 - **Drake R.E., Luciano, A.E., Mueser, K.T., Covell, N.H., Essock, S.M., Xie, H. et McHugo, G.J. (2016).** Longitudinal course of clients with co-occurring schizophrenia-spectrum and substance use disorders in urban mental health centers : A 7-year prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), 202-211. doi : 10.1093/schbul/sbv110.
 - **Dubreucq S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012).** Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé Mentale au Québec*, 37(1), 31-46.
 - **Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L. et Cassisi, J.E. (2013).** Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497. doi : 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- 

**Cette revue est publiée avec le soutien de la Direction générale de la santé
et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
(Mildeca) en France**

Éditeur

La Fédération Addiction, association loi 1901, est propriétaire et assure
l'édition de la revue « Addiction(s) : recherches et pratiques. Revue internationale. »

Fédération Addiction
104 rue Oberkampf
75011 - Paris
Tel : 01 43 43 72 38
infos@federationaddiction.fr
SIRET : 529 049 421 00017 – NAF : 9499Z

Directeur de publication : Jean-Michel Delile, président de la Fédération Addiction
Responsable de la rédaction : Marie Öngün-Rombaldi, déléguée générale de la Fédération Addiction
Coordinateur : Benjamin Tubiana-Rey
Journaliste : Natalie Castetz
Conception et réalisation graphique : Nelly Gibert - Mediis Studio
Crédit photo de couverture : Adobe Stock - Vladimir Sazonov

Partenaires de la revue :

AIDQ (Association des intervenants en dépendance du Québec), au Québec
Fedito Bxl asbl (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes), en Belgique
Fedito Wallonne (Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes), en Belgique
GREA (Groupement romand d'études des addictions), en Suisse
RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec), au Québec
Suchtverband Lëtztzebuerg asbl, au Luxembourg

Nombre d'exemplaires : 2400

Rivet Presse Édition

24 rue Claude Henri Gorceix,
87280 Limoges

Date de parution : décembre 2022

Dépôt légal : mars 2023

Prix : 6€ l'exemplaire

ISSN : 2553-8330

Numéro 07, décembre 2022

Prix de vente : 6€

Directeur de la publication

Jean-Michel Delile

Coordinateur du numéro

Benjamin Tubiana-Rey

Comité éditorial

Romain Bach
Laurène Collard
Pascale Hensgens
Grégory Lambrette
Émélie Laverdière
Stéphane Leclercq
Camille Robert
Jean-Félix Savary
Joël Tremblay
Sandhia Vadlamudy

Journaliste

Natalie Castetz

Conception graphique

Nelly Gibert - Mediis Studio

Impression

2400 exemplaires
Rivet Presse Édition