

JUIN 08 - NUMÉRO 34

# DÉPENDANCES



**Addiction  
et spiritualité**

Revue éditée par  
le **GREA** et l'**ISPA**

# SOMMAIRE

## Addiction et spiritualité

Editorial <i>Corine Kibora</i>	p.1
Quelle relation entre spiritualité et addiction? <i>Jacques Besson</i>	p.3
L'expérience des Narcotiques Anonymes <i>Narcotiques Anonymes romands</i>	p.5
Place de la spiritualité dans les programmes thérapeutiques des Oliviers <i>Philippe Jaquet, Pierre Mathys, Geneviève Spring</i>	p.9
Interview de Nicolas Desbœufs, aumônier à la prison de Champ-Dollon <i>par Jean-Félix Savary</i>	p.13
Psychotropes et quêtes existentielles : logiques d'ailleurs et d'ici <i>Ilario Rossi, François Kaech</i>	p.16
L'importance de la croyance dans le processus thérapeutique <i>Jean-Dominique Michel</i>	p.19
NASUKO 2007 Substitution pour héroïnomanes : Voie sans issue ou porte de sortie?	p.23

# ÉDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

Vous tenez entre vos mains la revue «*dépendances*» dans son nouvel écrin, bien mérité après dix ans d'existence. Plus attractif, ce nouvel habillage veut renforcer la présence de cette revue devenue indispensable dans le domaine de l'addiction. Preuve de son dynamisme, «*dépendances*» se fait une fois de plus le porte-voix d'une conférence nationale importante, à savoir NASUKO, la conférence sur les substitutions qui a eu lieu en septembre 2007, en présentant les résumés des principales contributions. Dans la même logique de visibilité, les articles des numéros de plus d'une année sont désormais accessibles au format PDF sur les sites de l'ISPA et du GREA.

Pour ce premier numéro de 2008, «*dépendances*» se penche sur le rapport entre produits psychotropes et spiritualité. Y a-t-il un lien entre l'usage des psychotropes dans les anciennes sociétés tournées vers le sacré et la compulsivité qui caractérise souvent la consommation dans le monde occidental? La toxicomanie, maladie du lien, est-elle une quête de sens, d'exploration de soi, souvent inconsciente? Nicolas Desbœufs, aumônier en milieu carcéral, témoigne de la profondeur du regard sur soi dont font preuve les personnes dépendantes. Ilario Rossi et François Kaech, de leur côté, explorent l'appropriation des plantes ancestrales utilisées traditionnellement dans des sociétés chamaniques par des usagers occidentaux en quête d'épanouissement spirituel.

Dans le domaine du traitement des addictions, la dimension spirituelle a déjà depuis longtemps sa place dans les mouvements d'entraide. Émergeant d'un projet commun du groupe, la spiritualité selon les Narcotiques Anonymes se construit autour de la fraternité unissant des personnes partageant la même expérience et le même espoir. La dimension spirituelle est également présente dans certains programmes thérapeutiques, comme à la Fondation des Oliviers, mais peine encore à trouver sa place dans le monde médical alors que plusieurs études démontrent la validité de la dimension spirituelle comme facteur positif de rétablissement. Le parcours historique proposé par Jacques Besson montre cependant une évolution possible, notamment à travers le développement de l'interdisciplinarité. Plus fondamentalement, s'interroger sur ce thème, comme Jean-Dominique Michel l'analyse, c'est questionner le rapport patient – soignant et la place de la croyance, de l'un en l'autre et en le traitement proposé.

Nous vous souhaitons autant de plaisir à la lecture que nous en avons eu à préparer ce numéro et vous remercions de votre fidélité.

**Corine Kibora**  
ISPA

# CARREFOUR ) ( PREVENTION®

**J'**  sans fumée

  
**CIPRET**  
PRÉVENTION TABAGISME  
GENÈVE

 Bourré de talent,  
pas d'alcool.

**fegpa**  
prévention alcoolisme

  
Fourchette  
verte

**MAÎTRISE  
STRESS**

CENTRE DE PRÉVENTION  
DES PROBLÈMES DE JEU EXCESSIF  
**RIEN  
NE VA  
PLUS**

Antenne des diététiciens genevois  
**ADiGe**

## Carrefour Prévention

Rue Henri - Christiné 5  
CP 567 - CH - 1211 GENEVE 4

carprev@iprolink.ch • www.prevention.ch

AVEC LE SOUTIEN DE:



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

## Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi - jeudi 9.00 - 12.00 13.00 - 17.00  
Vendredi 9.00 - 12.00

Tél. 022 321 00 11 • Fax 022 329 11 27

Les mardis du CIPRET de 12h30 à 14h : permanence gratuite sur le tabagisme par une tabacologue diplômée.

Les mercredis de 17h à 19h : permanence de l'ADiGe, animée par une diététicienne diplômée.

(sauf vacances scolaires)

# QUELLE RELATION ENTRE SPIRITUALITÉ ET ADDICTION ?

*Prof. Jacques Besson, chef du Service de psychiatrie communautaire DP-CHUV*

**Un numéro de «dépendances» sur la spiritualité, cela donne raison au philosophe Michel Serres quand il dit qu'en 1968 lorsqu'il voulait intéresser ses étudiants il leur parlait de politique et quand il voulait les faire rire il leur parlait de religion, et que maintenant c'est le contraire. Le propos ci-dessous est de proposer un petit itinéraire sociopsychiatrique sur les relations entre spiritualité et addiction.**

**A**U COMMENCEMENT ÉTAIT L'ANGOISSE  
Il faut essayer de se représenter les premiers humains accéder à la conscience réflexive pour imaginer à quel point ils ont dû se sentir démunis face à l'immensité de l'Univers et à leur finitude. Déjà en 400'000 avant J-C. les premiers rituels funéraires avaient lieu comme en attestent des alignements de crânes non aléatoires en Chine. Les premières religions sont aussi anciennes que l'humain et leurs prêtres étaient aussi médecins: les shamans, passeurs de mondes, utilisaient les drogues pour accéder aux dieux. Nous en avons une trace aujourd'hui dans les populations natives encore observables; la vie quotidienne et tous ses gestes sont religieux et l'homme communique avec les esprits.

On peut faire naître la science et la médecine modernes au temps de l'Antiquité grecque, notamment avec Hippocrate et ses descriptions des maladies auxquelles il donne des explications rationnelles. Cette vision ne changera pas jusqu'à actuellement et aura traversé cahin-caha le Moyen-Age, contribuant à une séparation des corps et de l'esprit, jusqu'au siècle des Lumières, confirmant le rationalisme, aboutissant au matérialisme scientifique prédominant aujourd'hui.

La maladie mentale, réprimée longtemps entre procès en sorcellerie et incarcération, ne sera reconnue comme telle que depuis la Révolution française où elle bénéficiera de la naissance des Droits de l'Homme et des premiers asiles. Les premières nosologies fondées sur une psychopathologie apparaissent au XIX<sup>e</sup> siècle et sont proches de modèles neuropsychiatriques. L'angoisse, à la même époque, est encore étudiée par les philosophes et même de manière approfondie (S. Kierkegaard). La spiritualité quant à elle se laisse deviner derrière l'engouement généralisé en Europe pour le spiritisme. Freud n'y échappera pas et venait consulter les médiums à Genève chez son ami Flournoy.

C'est la naissance de la psychanalyse qui mettra l'angoisse au centre de la première théorie scientifique de l'esprit, encore toute empreinte de positivisme scientifique. On connaît les thèses de Freud sur la religion: névrose obsessionnelle de l'humanité, stade infantile de développement de l'humain, les religions devront s'incliner devant la Science.

Pourtant, à travers C. G. Jung, Oskar Pfister, un pasteur zurichois, interpellera Freud systématiquement sur ses a priori. Entre 1909 et 1939 ils échangeront 256 lettres dans lesquelles le débat entre psychanalyse et religion sera fondé. Le ton est libre, les échanges sont vifs, Pfister voit en Freud la solution pour épurer la vraie foi de ses scories névrotiques. Freud quant à lui est content de voir un relais pour la psychanalyse dans le bastion zurichois, surtout depuis la rupture avec Jung en 1912. Car la religion constitue un enjeu de taille pour le mouvement psychanalytique, Freud lui-même produisant essentiellement ses monographies sur ce sujet, de «Totem et Tabou» jusqu'à «Moïse et le monothéisme» en 1936, en passant par «La Question de l'Analyse profane» et «Malaise dans la Civilisation». Par ailleurs, Freud ne théoriserait jamais sur les addictions en tant que telles, certains auteurs y voyant une tache aveugle liée à l'usage personnel de Freud du cigare et de la cocaïne, tel que rapportés par ses biographes. Ainsi, religion et addiction se retrouvent côte à côte dans les difficultés conceptuelles de la psychanalyse naissante.

Un des mérites de Pfister est d'avoir posé la question de la responsabilité sociale de la psychanalyse. Il en découlera ultérieurement la réflexion sur la psychiatrie sociale et la sectorisation, pour élargir l'accès de la population générale aux soins psychiques. Aujourd'hui il s'agit des programmes de psychiatrie communautaire qui appuient la politique de santé mentale incluant les addictions.

Quant à l'angoisse, elle est maintenant au centre du développement des neurosciences cliniques, autour des travaux sur la neurobiologie de l'amygdale «noyau de la peur» mise en valeur par des travaux d'imagerie cérébrale fonctionnelle. Ainsi l'angoisse constitue un fil rouge pour suivre la réflexion sur la santé mentale à travers toutes les épistémologies produites par l'humanité, depuis le shamanisme jusqu'aux neurosciences, en passant par la psychanalyse.

## DÉVELOPPEMENT DES ADDICTIONS

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'il faut attendre l'industrialisation pour voir apparaître dans les sociétés occidentales des addictions à grande échelle, comme l'alcoolisme au XIX<sup>e</sup> siècle avec les boissons distillées comme le gin industriel. Typiquement l'usage massif de substances

psychoactives implique perte de lien et perte de sens. Pour toutes les substances, la perte de l'usage culturel ou groupal, porteur de signification, va impliquer l'apparition d'une psychopathologie addictive, en fonction des vulnérabilités sous-jacentes des sujets.

Au XX<sup>e</sup> siècle, les populations vont passer à travers de véritables épidémies de substances psychotropes, héroïne, cocaïne, mais aussi benzodiazépines. En fonction des vulnérabilités individuelles, qu'elles soient biologiques, psychologiques ou sociales, les individus développeront des syndromes d'abus, de dépendance et autres complications psychopathologiques. Les populations de patients psychiatriques vont payer un lourd tribut à l'accessibilité ainsi facilitée aux drogues et vont développer à large échelle la problématique des doubles diagnostics.

En effet, la recherche neuroscientifique fait apparaître de plus en plus clairement le stress et l'anxiété comme des facteurs de risque majeurs pour les addictions. Ainsi la recherche sur les neurosciences de l'addiction montre le support anatomique des conduites addictives précisément dans les mêmes structures cérébrales que celles générant l'anxiété.

## SPIRITUALITÉ ET SANTÉ

Face à l'anxiété, l'humanité a généré au niveau collectif des entités sociales porteuses de sens que sont les religions. Au niveau individuel on observe l'émergence de la spiritualité. Celle-ci comporte plusieurs dimensions, comme la pratique, les croyances et l'expérience. La spiritualité est corrélée positivement dans toutes les études sur la santé physique et mentale. La plupart des patients ont des attentes spirituelles dans leurs traitements, alors que la plupart des médecins et des soignants n'abordent pas cette dimension dans leur approche de leurs patients. C'est un phénomène étrange, car les instruments de mesure ne manquent pas pour évaluer cette dimension. Il peut être très important de faire cette évaluation en termes pronostics, d'évaluation du contexte et des résultats, aussi bien que pour construire une intervention.

L'évaluation de la spiritualité des patients peut être qualitative («assessment») aussi bien que quantitative («scales»). Par exemple on peut évaluer plus objectivement les comportements spirituels comme la méditation, le jeûne, la prière, mais plus difficilement l'expérience spirituelle rapportée, comme l'expérience mystique, vécue en profondeur, difficile à communiquer, avec une dimension transcendente.

## SPIRITUALITÉ ET ADDICTIONS

Dans le domaine des addictions tous les intervenants ont appris la modestie de leur thérapeutique face à deux réalités : les nombreuses rémissions spontanées d'une part et les résultats importants des patients ayant eu accès aux AA et aux NA. Dans ce dernier cas, l'approche spirituelle

est explicite, avec la mention d'une puissance supérieure et d'un lâcher prise du sujet. De manière générale les études «evidence-based» montrent l'intérêt de la spiritualité dans l'intervention thérapeutique pour les comportements addictifs. Mais là encore, on observe un décalage entre les attentes des patients et l'offre frileuse des professionnels, alors même que l'évidence voudrait que cet important aspect de la santé mentale soit inclus dans l'investigation et l'intervention.

Pour revenir aux sources de la psychopathologie addictive, on doit se rappeler le socle anxieux et la vulnérabilité au stress des patients souffrant d'une addiction. On peut dès lors comprendre le lien de proximité entre addiction et spiritualité comme deux réponses à l'anxiété, l'une mal-adaptative, détruisant les liens et le sens de la vie du sujet et l'autre comme adaptative, créant des liens dans la communauté et donnant du sens au sujet, tant intrinsèquement (sens privé) qu'extrinsèquement (sens collectif).

On s'aperçoit dès lors que l'investigation de ces questions peut se faire indépendamment des croyances personnelles des thérapeutes, puisqu'il s'agit d'observer les ressources fonctionnelles du patient en termes de santé mentale.

En ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, les temps semblent propices à ce type d'investigation, encore impensable il y a une dizaine d'années en psychiatrie. Probablement que l'arrivée des grandes écoles de pensée psychothérapeutique à leurs points de butée y contribue largement. Ce changement idéologique est porteur d'espoir communautaire, car il laisse entrevoir une approche interdisciplinaire pour tous ceux qui sont soucieux de l'esprit humain en termes de santé mentale.

### Références :

J.K. Boehnlein : «Psychiatry and religion, the convergence of Mind and Spirit», American Psychiatric Press, Washington, 2000.

W.R. Miller : «Integrating spirituality into treatment; Resources for practitioners», American Psychological Association, Washington, 1999.

### Courriel :

Jacques.Besson@chuv.ch

# L'EXPÉRIENCE DES NARCOTIQUES ANONYMES

*Narcotiques Anonymes romands*

Les groupes d'entraide, auquel nous avons consacré un numéro en 1999, sont largement reconnus par les acteurs du traitement des addictions. Cinq participants aux NA partagent leur parcours en expliquant comment ils définissent la spiritualité et la mettent en pratique. (réd.)

## UN PARCOURS COMMUN

La plupart d'entre nous sommes arrivés en rétablissement après un très long parcours dans les produits et de longues années de souffrance. La dépendance active nous avait conduit, à travers différentes drogues et différents modes de consommation, à un grand isolement. Nous avons perdu contact avec nos familles et nos amis, soit par éloignement géographique soit simplement



Photo: interfoto

par une attitude distante: nous étions absents de notre propre vie. A la recherche d'une satisfaction ou d'un soulagement immédiat à toutes les sensations désagréables, nous avons fui nos responsabilités dans la drogue. Tout en négligeant nos relations avec les autres, nous nous négligions nous-mêmes. La honte et la culpabilité nous poussaient à nous cacher et à mentir sur qui nous étions devenus. L'autodestruction, l'égoïsme, la manipulation nous maintenaient dans un mode de vie en rupture avec la société et nous précipitaient, malgré nous, dans un monde de violence. N'ayant pour d'autre choix que de consommer encore pour ne pas voir en face où nous en étions arrivés, nous nous sommes trouvés vaincus par la maladie de la dépendance. Notre maladie s'exprimait par l'obsession, des pensées continuelles tournées vers la drogue et les moyens de nous en procurer davantage. La compulsion qui nous poussait à consommer malgré nos promesses d'arrêter. Notre folie, telle que nous la définissons, était de continuer à consommer malgré toutes les conséquences négatives qui en découlaient, de répéter les mêmes comportements dans l'espoir d'un résultat différent. Mille fois nous nous sommes promis de changer, dès demain... «Demain c'est décidé, j'arrête!» Les lendemains se suivaient et se ressemblaient... «Les attentes interminables au coin d'une rue, glacé par le manque et l'angoisse..., sans cesse répétées», «la négligence

des enfants pour lesquels les horaires étaient devenus aléatoires, en fonction de la présence ou de l'absence du produit», «les paranos et la peur d'être découvert dans toute cette détresse et cette illégalité». Vivre sans drogue n'était alors pas une option: seuls face à la puissance du manque, face au désespoir et aux fantômes qui nous hantaient, arrêter les dogues nous semblait impossible. Plus long le parcours, plus difficile de s'en éloigner!

## NOTRE EXPÉRIENCE, LES FONDEMENTS DE NOTRE FORCE ET DE NOTRE ESPOIR

Nous sommes, pour la plupart, arrivés à «Narcotiques Anonymes» (NA) après avoir fait de multiples tentatives pour sortir de cet enfer: les thérapies, la substitution ou le contrôle de notre consommation. Nous cherchions par différents moyens à trouver une solution à nos problèmes. Nous en voulions à la vie, à la société, aux autres d'en être arrivés là... Certains d'entre nous, à la recherche d'un sens à tout cela, se sont tournés vers la religion également. Mais rien ne semblait nous tenir éloigner de la consommation, sous une forme ou une autre. Vivre abstinents de drogue alcool et/ou médicaments psychotropes nous apparaissait comme un défi insurmontable.

Le programme de NA nous a offert des outils pour faire face à l'angoisse. Nous nous étions débattus dans l'isolement avec la maladie de la dépendance. NA nous proposait de ne plus être seuls, de trouver parmi les membres en rétablissement, l'identification nécessaire pour ne plus nous sentir si inadaptés, spéciaux et différents des autres et du reste du monde. Dans NA, nous avons été accueillis avec chaleur et compréhension par des personnes ayant traversés comme nous ces souffrances qui nous collaient à la peau. Leurs sourires et la joie qui se dégageaient d'eux traduisaient l'espoir qu'ils avaient en notre rétablissement. Sans nous connaître, cet accueil fraternel et inconditionnel fait bien plus que tous les discours: il donne le message qu'il y a un espoir de s'en sortir. Chacun des membres en est la preuve. Une première lueur spirituelle s'allume alors...

## LA SPIRITUALITÉ À LA MANIÈRE NA

Le premier aspect du mot spirituel tel que nous l'avons découvert est cette idée fondamentale qu'ensemble, nous pouvons vivre sans consommer, en toute circonstance. L'obsession de consommer cède la place à une nouvelle dimension dans notre vie: celle de faire partie de cet ensemble et de partager notre espoir avec d'autres en

même temps que ceux-ci nous aident à rester loin de la première consommation. Le partage de nos solutions et de nos difficultés renforcent chaque jour cet espoir. Même si au début il s'agit de faire comme si...

NA propose une solution simple, celle d'arrêter de consommer un jour à la fois et de se donner une chance : changer de mode de vie grâce à l'entraide que partagent ses membres. La seule condition requise pour être membre est le désir d'arrêter de consommer. Vaincus par des années de souffrance et touchés par cet accueil chaleureux, nous avons accepté de saisir cette opportunité offerte sans exigence : nous avons tenté d'appliquer des suggestions inconditionnellement proposées.

Par le travail des 12 étapes et avec l'accompagnement d'un parrain ou d'une marraine, nous nous éloignons progressivement de notre passé douloureux et apprenons à refaire confiance à la vie. Le soulagement de ne plus avoir l'obligation de vivre dans l'isolement et la peur dont il est assorti nous procure une gratitude que nous avons envie de partager avec d'autres qui souffrent encore. Cette gratitude nous soutient dans les moments où l'envie de consommer ressurgit.

Le vide laissé par la drogue a été comblé par la fraternité, par les liens qui unissent les membres. Et c'est pour préserver l'unité autour de ce but commun que nous concentrons nos efforts sur les liens qui nous unissent plutôt que sur ce qui pourrait nous séparer. Beaucoup de choses nous différencient en effet et pourraient nous éloigner de ce but. C'est aussi une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas d'opinion sur des sujets autres.

Notre engagement dans NA, même après des années sans consommer, repose sur la reconnaissance d'avoir découvert une solution pratique nous permettant de ne pas consommer juste aujourd'hui. Les jours s'accumulent, nos vies et notre état de santé s'améliorent, nous retrouvons le goût de vivre. Petit à petit, nos vies changent et nos rêves se réalisent, les uns après les autres. Nous réalisons que ce nouveau bien-être n'a pas de prix ; les nouveaux dans nos réunions nous le rappellent sans cesse. Par le partage de notre vécu au quotidien, avec ses cadeaux et ses soucis, nous nous efforçons de ne pas oublier d'où nous venons. Nous mettons toujours plus l'accent sur les solutions que nous appliquons pour changer nos anciennes habitudes et nous réjouissons de trouver un peu de sérénité en apprenant progressivement à accepter la vie telle qu'elle se présente. Nous apprenons à voir dans chaque événement une opportunité. Nous découvrons une joie toute neuve, celle d'apprécier la vie et ses incessants cadeaux, des plus simples aux plus grandioses. Notre regard sur la vie change.

Nous sommes rapidement motivés à transmettre ce que nous avons reçu à d'autres dépendants suivant le même parcours chaotique : il est possible de s'en sortir et de trouver un meilleur mode de vie, loin des drogues. Après avoir connu des changements significatifs dans notre

propre vie, un éveil que nous appelons spirituel, se produit ; nous avons le souhait de transmettre cet espoir à d'autres car ce n'est qu'en le partageant que cet éveil a du sens.

Des principes spirituels simples et concrets. Plus on les applique, plus ils fonctionnent :

Notre propre rétablissement, de même que les relations entre les membres et avec les autres en général, reposent sur trois principes spirituels qui sont l'honnêteté, la bonne volonté et l'ouverture d'esprit. Ils soutiennent et guident notre engagement dans ce processus de rétablissement.

L'honnêteté est un outil fondamental. Nous avons impérativement besoin de reconnaître que les dégâts que nous subissons ont pour une grande partie été entraînés ou aggravés par notre dépendance aux drogues. Il s'agit de poser un regard courageux et clair sur ce que cette dépendance a occasionné et de tenter, sans produit altérant notre conscience, d'examiner nos comportements et nos motivations. L'honnêteté nous encourage à partager ouvertement ce que nous avons tendance à garder secret, nous rappelant que nous sommes aussi malades que nos secrets : ce qui est livré au grand jour ne peut plus grandir dans l'ombre. L'honnêteté est un travail au quotidien. Par mille manières, nous sommes enclins à éviter de reconnaître ce que nous ressentons, à chercher des moyens de nous anesthésier et de fuir les difficultés. Nos anciennes habitudes reprennent rapidement le dessus si nous n'utilisons pas l'outil de l'honnêteté envers nous-même. Et nous savons par expérience que la fuite de nous-mêmes nous conduit au produit. Le parrain ou la marraine nous permet de pratiquer ce principe dans une relation privilégiée.

La bonne volonté nous encourage à faire ce qui nous est suggéré et de donner une chance à une nouvelle manière de vivre. Nous apprenons à considérer que notre propre volonté nous a le plus souvent conduits à des choix destructeurs et à cette incessante répétition de nos anciens schémas de comportements. Les résultats sont évidents et notre détresse en arrivant à NA en est la preuve. Si nous l'oublions, d'autres peuvent nous le rappeler. Faire appel à notre bonne volonté nous incite à donner de nous-mêmes, même lorsque nous n'en avons pas l'envie. Nous apprenons à poser les actes constructifs qui nous maintiennent dans une attitude positive. La bonne volonté nous soutient dans nos moments de découragements et de doutes, nous rappelant qu'il nous suffit de mettre le rétablissement en priorité dans notre vie pour que le reste ait une chance de s'améliorer.

L'ouverture d'esprit nous invite à considérer une force plus grande que notre volonté personnelle et égocentrique. Ce quelque chose de plus grand, de plus fort que nous, est souvent représentée d'abord par le groupe et les personnes en rétablissement que nous côtoyons quotidiennement. Nous nous encourageons à utiliser le téléphone pour faire la connexion avec une autre personne afin de couper court à la volonté déchaînée qui peut s'éveiller en nous à toute heure du jour ou de la nuit. Nous prenons petit

à petit confiance que, grâce à l'ouverture d'esprit, nous pouvons choisir de réagir différemment dans les moments où notre volonté pourrait nous pousser à consommer. L'ouverture d'esprit est aussi l'attitude qui nous permet d'accueillir tout dépendant à la recherche d'une solution pour sortir de l'enfer de la consommation, sans le juger. Nous essayons de centrer notre attention sur le message plutôt que le messager... L'ouverture d'esprit nous est suggérée afin de nous identifier aux solutions plutôt qu'aux problèmes, nous permettant d'apprendre les uns des autres et d'écouter les suggestions qui fonctionnent pour les autres.

## UN ENGAGEMENT SANS CESSER RENOUVELÉ

Nous cherchons à dépasser nos difficultés et à réparer les conséquences que notre consommation a eues sur notre entourage et surtout sur nous-mêmes. La dépendance nous a rendus égocentriques parfois à l'extrême et nous travaillons à en sortir. L'occasion nous est offerte par la présence des nouveaux dans nos réunions et par le travail d'information que nous proposons dans les institutions.

Après avoir passé des années à remettre au lendemain, à ne vivre que pour la prochaine dose, à nous projeter dans nos prochaines consommations, à regretter le passé et nos comportements, à blâmer les autres et à cultiver nos ressentiments, nous apprenons à vivre le moment présent et à lâcher prise. Le programme nous suggère de rester «clean» juste pour aujourd'hui. Le «juste pour aujourd'hui» nous permet de nous focaliser sur ce que nous vivons ici et maintenant. Il devient un mode de vie, nous invitant chaque jour à faire de notre mieux et à poser des actes constructifs.

La fraternité nous donne un sens d'appartenance et ce nouveau mode de vie, une plus grande confiance. Dans un climat d'amitié partagée dans le monde entier sous une forme similaire, nous retrouvons notre place dans ce monde. L'anonymat nous protège de notre égocentrisme et de l'orgueil que nous avons développé pour nous protéger de l'adversité que nous ressentons face à la vie. Les épreuves et les solutions simples que nous apporte le programme de rétablissement nous conduisent vers une humilité croissante et nous apprennent à donner et à recevoir.

## LA SÉRÉNITÉ

Le résultat du programme de rétablissement est de vivre sereinement, d'avoir trouvé une manière d'affronter la vie telle qu'elle est avec un peu de paix intérieure. Nous découvrons l'humilité d'accepter les choses que nous ne pouvons pas changer, le courage d'assumer celles que nous pouvons changer et la sagesse de les distinguer l'une de l'autre. Nous retrouvons un sens du bonheur et de la joie de vivre, la capacité d'apprécier les choses simples, d'ouvrir les yeux sur les beautés qui nous entourent. Plus nous progressons dans cette nouvelle vie, plus nous nous rapprochons de nos familles et nos anciens conflits s'apaisent. Nous devenons petit à petit fiables en maintenant nos engagements au sein de la fraternité.

Devenir ou redevenir des membres responsables et productifs de la société est un de nos objectifs et les responsabilités prises dans NA nous y encouragent. Nous apprenons à vivre et à œuvrer ensemble dans l'intérêt du groupe. C'est grâce à l'implication de chacun que notre fraternité continue à croître partout dans le monde: elle s'étend dans de nombreux pays et sur tous les continents, avec des textes communs traduits dans plus de 50 langues, quelque soit la culture, la religion ou la politique en vigueur! Et c'est une de ses grandes forces!

La structure et le fonctionnement de NA repose sur 12 traditions qui nous guident dans nos décisions et dans le développement de notre fraternité; ils nous donnent des solutions pour résoudre nos problèmes internes et pour gérer nos relations avec l'extérieur. Sans hiérarchie ni chefs, NA fonctionne grâce à l'implication volontaire et bénévole de membres élus aux diverses tâches de service permettant de conduire nos affaires. Nous accordons une grande valeur à ce leadership en faisant confiance au choix du groupe. Pour nous protéger des prises de pouvoir de fortes personnalités et donner à chacun la possibilité de s'impliquer, ces mandats sont temporaires. Grâce à la 12<sup>ème</sup> tradition, qui dit que «L'anonymat est la base spirituelle de toutes nos traditions, nous rappelant sans cesse de placer les principes au-dessus des personnalités», nous préservons notre but primordial et la force de notre message. Cette tradition permet également de modérer la place que pourrait prendre notre égo au sein de la fraternité: anonymes, nous sommes tous à la même enseigne, quel que soit notre nom, notre métier ou notre niveau de vie.

La spiritualité dans ce programme est à comprendre comme un aspect fondamental du nouveau mode de vie auquel il nous invite, et, bien loin de nous emprisonner, cette spiritualité nous libère. En nous aidant à développer le meilleur en nous, elle nous propose des valeurs telles que l'engagement, la responsabilisation, l'honnêteté, la tolérance, la confiance... qui nous ont tant fait défaut. Lorsque nous nous efforçons de nous centrer sur nos similarités plutôt que sur nos différences, notre unité et notre force de soutien perdurent. Aussi longtemps que nous sommes réunis pour nous entraider et non pour mettre en évidence ce qui nous sépare, nos liens favoriseront le rétablissement individuel. Nous considérons que c'est ensemble que nous pouvons changer... Et ça marche!

«NA utilise le mot «spiritualité» ou «Dieu» sans leur donner un sens métaphysique ou religieux. NA encourage ses membres à cultiver leurs propres croyances, en précisant qu'il est fait référence à un «Dieu, tel que tu le conçois, ou pas». Comité de relations et d'Information Publique CIRP Suisse Romande

### Cinq dépendants en rétablissement:

- J. 4 ans et 8 mois, 44 ans
- S. 11 ans, 6 mois, 42 ans
- S. 7 ans, 2 mois, 49 ans
- Y. 11 ans et 10 mois, 46 ans
- E. 6 ans, 1 mois, 36 ans

[www.narcotiques-anonymes.ch](http://www.narcotiques-anonymes.ch)





# Certificat interprofessionnel en addictions

## Certificate of Advanced Studies, 15 ECTS

De novembre 2008 à novembre 2009

Attention nombre de places limité

Pour en savoir plus, consultez le site [www.fordd.ch](http://www.fordd.ch)



# fordd

Fédération romande  
des organismes de **formation**  
dans le domaine des dépendances



Soutenu par l'OFSP et en partenariat avec



École d'études sociales et pédagogiques - Lausanne  
Haute école de travail social et de la santé - Vaud



# PLACE DE LA SPIRITUALITÉ DANS LES PROGRAMMES THÉRAPEUTIQUES DES OLIVIERS

*Philippe Jaquet, directeur-adjoint pédagogique, Geneviève Spring, diacre, Pierre Mathys, pasteur, intervenants en dépendance à la Fondation des Oliviers, Le Mont sur Lausanne*

**Plusieurs lieux de rétablissement incluent un cheminement spirituel dans leurs programmes thérapeutiques. C'est le cas de la Fondation des Oliviers, notamment dans les groupes de parole mis en place. (réd.)**

## DISTINCTION ENTRE SPIRITUALITÉ ET RELIGION

La religion est définie comme l'ensemble des doctrines et des pratiques qui constituent le rapport de l'homme avec la puissance divine. C'est une traduction extérieure, dans les comportements et les actes, de réalités intérieures qu'il convient d'appeler spirituelles. La religion se présente comme un code, un ensemble de règles, de principes, de convictions, de valeurs et de traditions transmises par les institutions (églises et autres).

La spiritualité est abordée comme une réalité anthropologique qui se rapporte à la partie intime de l'être. Bien qu'immatérielle, elle concerne l'aspect fondamental de la personne: ce que nous sommes potentiellement et qui pourra un jour se manifester; ce pourquoi nous sommes faits et qui nous ouvre vers plus que nous.

Par conséquent, ce qui se vit au niveau spirituel, ce qui donne sens, est premier. La religiosité n'est qu'une traduction extérieure concrète. Sans la spiritualité, la religiosité n'est qu'un emballage vide.

Par l'éducation et les acquis de l'enfance d'une part, par le vécu et l'expérience d'autre part, la personne adulte peut se vivre en tension entre ces deux réalités; cela est normal et probablement même inévitable. Dans sa croissance, la personne devra progressivement prendre conscience des

clivages existants et faire des choix pour progresser dans un vécu harmonieux et conjoint du religieux et du spirituel.

Si la spiritualité concerne ce que nous sommes potentiellement et ce pourquoi nous sommes faits, si elle est en la personne ce lieu d'ouverture vers plus que nous, elle concerne notre identité profonde. Il apparaît donc que le travail indispensable sur l'identité que nous proposons en addictologie est foncièrement spirituel.

## DÉONTOLOGIE DES OLIVIERS

Nous plaçons l'être humain avec sa souffrance au centre de notre action et avons pour mission de venir en aide à la personne addictée, pour qu'elle puisse (ré) atteindre le statut d'être humain libre et respecté.

La spiritualité est un élément constitutif de l'existence humaine qui permet de trouver un sens et une direction à la vie. Cette base spirituelle du sens est ce qui meut la personne pour lui permettre de construire l'ouverture vers une meilleure qualité de vie hors des comportements d'addiction qui l'enferment. Ainsi la spiritualité a sa place dans les moyens thérapeutiques mis en œuvre en vue d'une réadaptation personnelle, sociale et professionnelle de l'individu.

La spiritualité est abordée systématiquement dans la réadaptation personnelle, plus concrètement en distinguant les notions de spiritualité et de religion, en définissant son caractère incontournable en addictologie, mais aussi en tenant compte du vécu religieux de la personne.

## UNE APPROCHE HOLISTIQUE

En accord avec la définition de l'OMS, nous ne considérons pas la santé comme une absence de maladie seulement, mais comme un état de complet bien-être physique, psychologique, social et spirituel.

Dans la perspective d'un modèle bio-psycho-social, la personne humaine est constituée d'un système physiologique, d'un système psychologique et d'un système sociologique. Ces trois systèmes en constante interaction et évolution, constituent un ensemble ouvert en lien avec son environnement et influencé par lui.

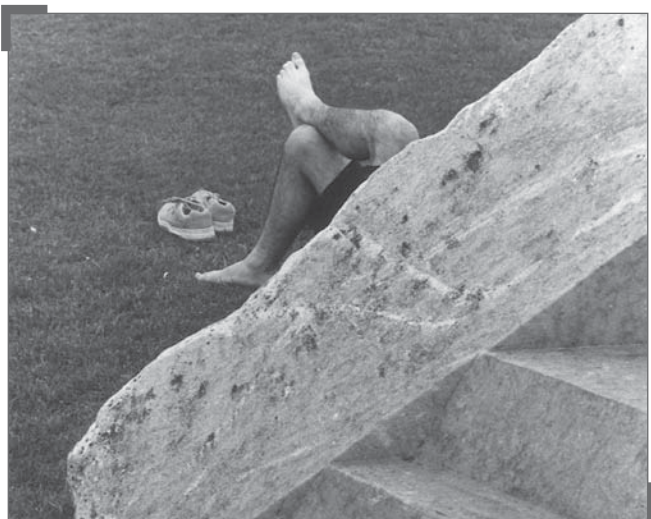


Photo: interfoto

C'est l'harmonie entre ces différentes sphères de la personne qui donne sens à l'individu et à son existence, et réciproquement un sens à la vie contribue à développer l'harmonie de l'ensemble.

Si le vécu global est perturbé par l'un des systèmes et/ou par l'environnement, le sens perd sa place première, voire disparaît, laissant place à une dichotomie qui peut évoluer jusqu'à un éclatement de la personne.

Ainsi, l'addiction peut être considérée comme une tentative de (ré)harmoniser l'individu en éloignant la souffrance pour retrouver le sens. Si l'addiction apporte un soulagement momentané, elle continue à scinder l'individu et à faire disparaître le sens de sa vie et de son existence même.

L'approche de l'addiction doit tenir compte des systèmes physiologique, psychologique et sociologique, pour que la personne puisse (re)trouver harmonie et sens. Il s'agit d'une approche bio-psycho-socio-spirituelle. C'est dans ces quatre aspects de la santé que chaque usager est accompagné en fonction de ce qu'il veut et peut changer pour tendre vers une meilleure qualité de sa vie, dans le respect de son rythme d'évolution.

## APPLICATION DANS LES PROGRAMMES INSTITUTIONNELS

La spiritualité est abordée systématiquement dans un niveau d'interpellation que nous nommons le Niveau 1.

### Niveau 1 : Interpellation

Le niveau 1 d'interpellation spirituelle est une approche existentielle dans laquelle nous parlons de tout ce qui concerne l'expérience et le vécu présent en la personne, avec ses sensations et ses émotions, qui peuvent être aussi bien aidantes et stimulantes que gênantes et freinantes.

La personne portant en elle des réalités et des besoins spirituels, cette approche existentielle s'attache à l'aider à faire le bilan des multiples facettes de son vécu et de ses besoins. L'objectif est de favoriser ou de rendre possible une vie spirituelle renouvelée et harmonieuse. Cette vie spirituelle peut se concrétiser dans une pratique religieuse.

Une démarche spirituelle nouvelle ne peut s'édifier sur les ruines ou les souffrances d'une précédente. En aidant la personne à conscientiser ce qui se passe ou s'est passé pour elle, nous souhaitons rendre possible une nouvelle spiritualité constructive et soigner d'éventuelles blessures.

L'accent est mis sur une vision existentielle de la spiritualité et une structuration son approche. Chacun a l'occasion de vivre un bilan honnête de son vécu, de ce qu'il lui en reste et, ce faisant, de s'ouvrir à du nouveau.

Cette démarche de bilan est une étape indispensable et concerne toutes les personnes de l'institution. Elle est le lieu où chacun peut exprimer, sans restriction et sans

crainte de jugement, son vécu avec les émotions et les ressentis qu'il véhicule.

Le niveau 1 d'interpellation concerne l'ensemble du personnel des Oliviers et fait naturellement partie de la démarche addictologique proposée à tous les usagers des programmes de traitement des Oliviers. Il concerne la réintégration personnelle, en parallèle avec la réintégration sociale et professionnelle.

Pour mémoire, la Réintégration est constituée d'une phase de Réadaptation qui est suivie d'une phase de Réinsertion.

### Niveau 2 : Approfondissement

Le niveau 2 concerne la personne qui exprime le besoin de continuer un cheminement spirituel sous forme de réflexion, de partage, de soutien, de pratique, d'approche ou d'adhésion à un groupe ou une communauté.

Dans ce cadre, un service d'aumônerie a pour mission d'orienter l'utilisateur qui le demande vers un milieu religieux correspondant à ses attentes. De même, en cas de demande explicite, les collaborateurs des Oliviers peuvent mettre l'utilisateur en contact avec des personnes, groupements ou communautés en rapport avec sa demande.

## LA SPIRITUALITÉ DANS LES GROUPES DE PAROLE

«Réflexion spirituelle» est l'énoncé d'un cours hebdomadaire d'une heure quarante-cinq dans le Stage de Formation et de Réflexion, d'une durée de quatre semaines, qui se déroule par groupe de huit personnes.

### Expériences et préjugés

Quelle a été votre réaction lorsque vous avez découvert que le planning hebdomadaire comportait un temps de «Réflexion spirituelle»? est la première question de l'animateur.

Pour certains, ce sont des souvenirs insupportables de pratique religieuse (catéchisme, rites imposés...) qui provoquent de la colère ou du ressentiment.

Pour d'autres, la lecture même du mot spirituel fait jaillir des généralités, ou des pensées à caractère de jugement: Dans toutes les religions ou croyances l'incohérence existe entre ce qui est dit et vécu, c'est pour les faibles ou les peureux...»

D'autres encore manifestent leur indifférence ou au contraire expriment leur attente, comme celle de pratique religieuse. Sont souvent évoquées la prière, la lecture du livre de référence (Bible, Coran), les différentes pratiques de méditation.

### Sortir de la confusion entre spirituel et religieux

Pour que l'objectif de ce cours puisse être commun, la première étape consiste à clarifier la notion de spiritualité

et de religion ou de philosophie. Cela se fait en posant la question du lieu vers lequel se déplace la personne pour vivre un moment de ressourcement. La montagne, un bord d'une rivière, la forêt, un endroit précis de son chez soi, une chapelle, la musique, la convivialité sont les lieux le plus souvent exprimés. La recherche est bien souvent identique : vivre l'expérience d'un apaisement profond.

La prise de conscience que les cinq sens font parties des besoins qui ressourcent l'être intime et que les lieux évoqués y conduisent, permet à la personne de se rendre compte qu'elle a des ressources pour répondre à son besoin de prendre soin de son être intérieur. Le religieux fait partie de ces lieux de ressourcements, c'est une partie d'un ensemble d'éléments qui constitue la spiritualité.

L'étape qui suit, permet de mettre en lien ce que les mécanismes de l'addiction ont induit comme réponses possibles à des questions relatives au sens de l'existence. La relation aux produits et leur consommation ont été vecteurs d'expériences spirituelles, puisqu'ils touchent à l'esprit, mais sans répondre aux questions de fond sur ce qui donne du sens dans l'existence.

### «Réflexion spirituelle» ou comment donner du sens à mon existence

La prise de conscience se fait tel un constat : Je sais ce qui me fait du bien, je ne l'utilise plus, alors même que cela donnait du sens à mon existence. La relation au produit m'a rendu service un temps puis m'a dérobé la liberté du choix, même jusqu'à supprimer la liberté de choisir ce qui organise ma vie.

Les échanges qui suivent se font souvent l'écho de temps où la vie même a été remise en question, où le deuil d'un proche a conduit à perdre le sens même de son existence. Retrouver goût à son existence demande de répondre à la question de ce qui lui donne du sens.

## LES THÈMES ABORDÉS

Les valeurs : Quelles sont les valeurs de la personne, celles qui touchent à son identité, ce à quoi elle adhère ou au contraire ce qui est inadmissible pour elle.

### Le pardon

Comment s'ouvrir à la question du pardon à soi ou aux autres de manière à vivre une réconciliation. Comment se réconcilier avec cette personne en soi qui est malade dépendante. Comment vivre une réconciliation avec l'entourage, avec honnêteté et humilité.

### Reconnaître ses qualités

Comment se reconnaître comme une personne de qualité qui a des qualités humaines et concrètes.

Ce thème abordé lors de la dernière semaine demande de répondre à une question de fond : Qui est-ce que je me sens être aujourd'hui ?

Tout au long de ce parcours de Réflexion spirituelle, l'identité, l'estime de soi et les convictions sont abordées de différentes manières pour permettre à la personne de se situer dans un temps de changement. Ce changement conséquent consiste à renoncer à des habitudes qui n'ont plus de sens pour orienter son existence vers une qualité de vie nouvelle.

Notre peur la plus profonde n'est pas que nous ne soyons pas à la hauteur, notre peur la plus profonde est que nous sommes puissants au-delà de toute limite.

***C'est notre propre lumière et non notre obscurité qui nous effraie le plus.***

***Nous nous posons la question :  
Qui suis-je, moi, pour être talentueux,  
brillant et merveilleux ?***

***En fait :***

***Qui êtes-vous pour ne pas l'être ?  
Vous êtes un enfant de Dieu.  
Vous restreindre et vivre petit ne rend pas  
service au monde.  
Nous sommes nés pour rendre manifeste la  
gloire de Dieu qui est en nous.***

Discours prononcé par Nelson Mandela en 1994 lors de sa prise de fonction à la Présidence de la République d'Afrique du Sud. Discours écrit par Marianne Williamson.

### Références :

Denise Bellefleur-Raymond, Accompagner les adultes dans la foi, L'andragogie religieuse, Ed. Novalis Lumen vitae, 2005.

Lytta Basset, Au-delà du pardon, le désir de tourner la page, Ed. Presse de la Renaissance, 2006.

Jean Monbourquette, De l'estime de soi à l'estime du Soi, Ed Bayard, 2002.

Phyllis Smyth et Daniel Bellemare, Le besoin de distinguer, Article Spiritualité, Accompagnement pastoral et religion, Royal Victoria Hospital, Montreal, Québec, Canada.

Anandarajah Gowri et Hight Ellen, La spiritualité et la pratique médicale : Utilisation des questions HOPE comme outil pratique d'évaluation sur le plan spirituel, 2001.

Fondation Les Oliviers, Déontologie & Valeurs, 2003.

Fondation Les Oliviers, Concept spiritualité, 2006.

Benoît Glannaz, Le rôle de la spiritualité dans l'acceptation totale des dépendances et l'abstinence sur le long terme, Travail in Formation d'intervenants en dépendances, Université de Montréal-Les Oliviers, 2002.

## Formations continues post-grades HES et universitaire



Formation continue

**Hes·so**

Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz

- CAS HES de soins en médecine de catastrophe et action humanitaire urgente
- DAS HES en santé des populations vieillissantes
- DAS HES en action communautaire et promotion de la santé
- Formation universitaire Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales

### Conditions d'admission:

- diplôme en formation initiale santé ou social de niveau HES, Bachelor ou équivalent.
- expérience professionnelle

### Nombre de crédits:

- CAS minimum 10 crédits ECTS
- DAS minimum 30 crédits ECTS
- MAS minimum 60 crédits ECTS

Pour plus d'informations, veuillez nous contacter au  
021 641 38 39 ou par e-mail: [infopostgrade@ecolelasource.ch](mailto:infopostgrade@ecolelasource.ch)

Institut et Haute Ecole de la Santé

**La Source**  
Lausanne



### Haute Ecole de la Santé La Source

Avenue Vinet 30 • 1004 Lausanne  
Tél. ++41 (0)21 641 38 00 • Fax ++41 (0)21 641 38 38  
E-mail: [info@ecolelasource.ch](mailto:info@ecolelasource.ch) • [www.ecolelasource.ch](http://www.ecolelasource.ch)

France 2, Présence protestante, Addiction, mon amour /  
Addiction, mon enfer, 2008.

### Courriels:

[philippe.jaquet@oliviers.ch](mailto:philippe.jaquet@oliviers.ch),  
[genevieve.spring@oliviers.ch](mailto:genevieve.spring@oliviers.ch);  
[pierre.mathys@oliviers.ch](mailto:pierre.mathys@oliviers.ch)

### La Fondation Les Oliviers est un centre spécialiste en addictologie qui propose:

- Différents Programmes de réintégration socioprofessionnelle.
- Différents cours dont une formation d'Intervenants en dépendances en collaboration avec l'Université de Montréal.



Formation continue

**Hes·so**

Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz

## CAS HES-SO en Gestion d'équipe et conduite de projets

**Public cible :** travailleurs sociaux et professions tertiaires voisines qui occupent une fonction de cadre intermédiaire, qui dirigent une petite institution, ou qui sont appelés à conduire des projets.

**Objectif :** acquérir les qualifications nécessaires pour occuper la fonction de responsable d'équipe ou diriger une petite institution.

**Durée :** 26 jours  
**Début :** septembre 2008  
**Validation :** 15 crédits ECTS

**Chef de projet :** Charles Chalverat

éesp

Descriptif détaillé sur demande au  
Tél. 021 651 03 10 – <http://ufc.eesp.ch>

# INTERVIEW DE NICOLAS DESBŒUFS, AUMÔNIER À LA PRISON DE CHAMP-DOLLON

par Jean-Félix Savary

**Le père Nicolas Desboeufs se dit frappé du regard lucide que les personnes dépendantes qu'il rencontre en prison posent sur elles-mêmes. Au fil de dialogues basée sur une écoute empathique, l'introspection laisse émerger une dimension spirituelle qui donne sens à l'existence. Entretien (réd.)**

**JFS: Pouvez-vous nous décrire la nature de votre travail à Champ-Dollon?**

**NB:** Je rencontre toutes les personnes qui en font la demande. L'aumônerie réunit des aumôniers de l'église catholique et protestante. Comme il y a environ 450 détenus à Champ-Dollon, nous avons affaire à tous les cas possibles et imaginables, même à ceux que l'on ne peut pas soupçonner. Je découvre que l'homme est capable du pire comme du meilleur. Dans ce sens-là, je découvre aussi que la plupart des personnes qui sont en prison ont énormément souffert dans leur enfance, la plupart du temps de violence ou d'abandon, ce qui se traduit par une forme de délinquance, dans des délits ou la toxicomanie. Les gens ont alors recours à des produits, tels les médicaments, la drogue, la domination, l'alcool pour finalement donner le change de soi-même. Les gens ont beaucoup de peine à s'accepter tels qu'ils sont et la plupart du temps, ils ont honte, honte d'eux-mêmes, honte de ce qu'ils ont subi dans leur histoire, plus particulièrement dans leur enfance et qu'ils n'arrivent pas à gommer de leur vie et honte de ce qu'ils ont pu faire aussi. La plupart du temps, ils ne se reconnaissent pas dans les actes qu'ils ont commis. Et sont obligés, pour survivre, de trouver des subterfuges, de prendre la fuite, de se donner une image. Alors les médicaments de même que la drogue, l'alcool peuvent être des moyens d'oublier, de se voiler la face. Après coup, ils se rendent compte que ce ne sont pas des solutions, car cela les atterre encore plus, augmente leur souffrance, ils sont effondrés. Ils souffrent de ce qu'ils ont subi et de ce qu'ils ont pu faire subir à d'autres et ils souffrent de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et de l'image que les gens leur renvoient. Donc, ils se sentent exclus sur toute la ligne, dans tous les domaines et sous tous les aspects.

**JFS: Comment ces personnes vivent-elles leur spiritualité?**

**NB:** Personnellement, la spiritualité, je la découvre tout simplement dans le récit de leur vie, sans même en parler. Je ne vais pas la chercher ailleurs. Pour moi, la spiritualité ne tombe pas du ciel, elle s'incarne dans la vie et dans l'histoire des personnes. Quand les gens s'expriment, se révèlent, se racontent, ils peuvent découvrir un autre visage d'eux-mêmes et, à force de se dire, en osant parler de leurs délits, de ce qu'ils ont subi, ils acceptent peu à peu leur situation, ils s'assument et se regardent autrement.

**JFS: Voyez-vous dans votre pratique une différence entre les personnes qui font un usage compulsif de produits et les autres?**

**NB:** Une chose surprenante: ceux qui recourent aux produits sont plus lucides sur eux-mêmes que les autres. Je peux l'affirmer très haut et très fort. Je suis un peu «spécialisé» dans ce qu'on appelle la révision de vie. J'ai beaucoup travaillé dans des mouvements de jeunes et d'adultes où le but était de partir de sa vie, l'analyser, comprendre ce qui se passe et ce qui a amené à réagir de telle ou telle manière devant tel ou tel événement, et à voir comment, à partir de la réflexion des uns et des autres (cela se fait en petits groupes), j'aurais pu réagir autrement et comment je peux désormais me situer dans telle ou telle situation. On s'enrichit les uns des autres et, avec les personnes dépendantes, cela va beaucoup plus loin. La personne ose se livrer et elle est transparente. Ce qu'elle n'ose pas faire dans la société, elle le fait dans un dialogue interpersonnel où elle se sent en confiance.



Photo: interfoto

Certaines fois, cela passe par des pleurs, de longs silences et la personne arrive à dire ce qu'elle ressent au plus profond d'elle-même. Je me dis aussi que peu de gens dans la société arrivent à se regarder comme eux-mêmes, à se renvoyer leur propre image, à dire ce qu'ils sont et, à ce moment-là, ils sont à la frontière entre l'acceptation et le rejet et je trouve qu'il y a un grand chemin qui se fait. Et cela pour moi, c'est la spiritualité proprement dite.

**JFS: On associe souvent la spiritualité et la consommation de produits à une quête de sens dans une société qui en manquerait. Est-ce que vous voyez des liens à faire?**

**NB:** Là aussi, la plupart du temps, ce sont les gens eux-mêmes qui découvrent que leur vie n'a pas de sens et qu'ils vont dans le mur, une expression qu'ils utilisent souvent. Ou alors c'est l'envie de se suicider et, à force de s'exprimer, ils découvrent qu'un sens peut venir à partir du moment où ils voient clair sur leur histoire. C'est comme si le brouillard tombait, ils sont en train de découvrir un tas d'éléments et de déblayer un peu leur histoire. C'est un long, très long cheminement. Cela ne veut pas dire que les gens s'en sortent tout de suite. Cela fait la neuvième année que je suis à Champ-Dollon et il y a des gens que j'ai vus au début de mon ministère ici qui reviennent encore maintenant. Cela fait neuf ans que je les vois, ils rechutent, les récidives ne manquent pas, mais malgré tout, il y a une spiritualité très, très grande chez eux. Et le sens de Dieu, à mon avis, intervient dans leur réflexion, sans prononcer son nom ni eux ni moi, mais je suis persuadé qu'ils le découvrent. On voit le même problème avec les alcooliques. On est mis devant un vide et on le remplit en recourant à l'alcool, à des médicaments et on voit que cela ne remplit rien mais que cela creuse le vide encore davantage. Alors ils sont amenés par eux-mêmes, par le dialogue, à accepter ce vide et voir quel sens ils peuvent lui donner.

**JFS: A vous entendre, on peut presque penser que la consommation de produits fait partie d'un certain parcours spirituel.**

**NB:** Oui, je crois. Au lieu de recourir à la violence, ils recourent aux produits mais le danger, le côté trompeur, c'est qu'en recourant à la drogue, ils tombent dans une violence plus grande et après ils en souffrent d'autant plus. Ce n'est pas le cas pour tous, mais certains tombent dans cette violence et certains recourent à l'héroïne pour trouver un peu de calme, de tranquillité. Après ils se disent : «je ne suis pas moi-même là-dedans» et en deviennent conscients, tout en ne trouvant pas la force de s'en sortir. De ce fait, ils ont besoin de pouvoir se dire beaucoup plus, de pouvoir être regardés, perçus par d'autres et de se dire entre eux, mais sous d'autres formes que celles qu'ils imaginent car, dès qu'ils sortent de prison, ils retrouvent leurs anciens copains et, malgré les fermes résolutions, ils ont très vite fait de rechuter. En même temps, cela leur est difficile de ne pas rechuter car lorsqu'ils sortent, ils se heurtent à beaucoup de difficultés, comme travailler, de par leur renommée qui fait que, même s'ils ont changé leur regard sur eux-mêmes, la société, elle, ne change pas son regard sur eux. Et je comprends que pour des familles, ce n'est pas facile à accepter, car ils rechutent continuellement et c'est difficile de faire confiance.

**JFS: Peut-on considérer la spiritualité comme un outil thérapeutique?**

**NB:** Je ne sais pas si la spiritualité est une thérapie. En tout cas je ne me situe ni comme un thérapeute ni comme un

psychologue, mais comme un médecin des âmes peut-être et c'est l'âme que j'essaie d'entendre. C'est à l'âme que j'essaie de donner la parole.

Je dirais que si «thérapie» il y a, c'est l'écoute. Que la personne se sente entendue et comprise, et cela non seulement vis-à-vis des personnes dépendantes, mais de chaque personne car, finalement, nous sommes tous dépendants de quelque chose. Personnellement, je reprends toujours ce que la personne dit, une phrase, un mot pour permettre à la personne d'aller plus loin dans son cheminement et de réfléchir et pour voir si la personne se reconnaît dans mes mots et comment elle peut s'expliquer. A partir de ses réflexions, j'essaie de l'amener à aller plus loin, en posant certaines questions, sans me montrer indiscret. C'est là que les gens s'expriment volontiers et vont très loin dans la réflexion, s'ils ne se sentent pas jugés. Je l'entends souvent. A mon avis, même si je ne prononce pas le mot de Dieu, c'est l'attitude que le Christ a adoptée : se mettre à son écoute, permettre à l'autre d'être entendu, d'être reconnu dans sa dignité, même si au début la personne ment. Certaines fois, je ne me pose même pas la question, mais lors de la deuxième ou troisième rencontre, la personne va me dire le contraire de ce qu'elle avait dit et va se ressaisir. Elle va me dire «la dernière fois, je vous ai dit cela mais je n'ai pas osé vous dire la vérité, alors je vais plus loin aujourd'hui». Cela demande beaucoup de patience. Pour que la personne ne se sente pas accusée, mais qu'elle se sente entendue, comprise et mise en communion et en même temps qu'elle sente qu'elle est en face de quelqu'un d'autre qu'elle-même, que cela ne soit pas la fusion.

**JFS: Concrètement, comment se passe votre travail? Vous êtes à disposition, mais allez-vous aussi les trouver?**

**NB:** Quand ils arrivent, ils apprennent qu'il y a un aumônier à la prison qui les reçoit ; ils en entendent parler par d'autres ou par des petits fascicules qui leur présentent les différents services existants. La plupart du temps, ils prennent contact parce qu'ils ont besoin de parler. Il y a une souffrance énorme et ils veulent trouver quelqu'un à qui se confier. Ils disent bien «on va chez le médecin, le psychiatre ou le psychologue, pour déceler une maladie, pour savoir ce qui se passe dans notre cerveau. Tandis que si on vient chez vous, c'est pour se dire tout simplement.» Pour parler franchement tout naturellement, pour pouvoir se confier. Ils ne viennent pas chercher des solutions, ni une image d'eux-mêmes, mais en même temps, au plus profond d'eux-mêmes, ils cherchent à être reconnus dans leur dignité parce qu'ils l'ont perdue. C'est la relation qui compte, une relation de confiance, de dialogue, d'écoute.

**JFS: Comment se transforme cette relation, notamment lors des sorties de prison?**

**NB:** Avec les gens qui sont dépendants, il y a une expérience à la fois douloureuse et compréhensible. Ce sont les premiers qui demandent à revenir me voir pour connaître

l'association pour laquelle je travaille «Vivre sans barreaux», où on essaie de permettre à chaque personne de se regarder et regarder les autres sans s'enfermer dans sa propre prison, sans enfermer les autres derrière des barreaux. Mais quand ils sortent, le plus souvent ils ne me font plus signe. Ou alors ils donnent des rendez-vous et ne viennent pas. Et quand ils s'expliquent ou reviennent, c'est de nouveau la honte. «Voilà. A Champ-Dollon, quand je réfléchissais, j'étais décidé à ne plus retomber et je suis dehors et j'ai chuté.» Et cela leur est beaucoup plus dur de rencontrer quelqu'un, même la personne à qui ils se sont confiés, à l'extérieur quand ils sont retombés, quand ils ne se sentent pas sûrs et se disent «Voilà, j'ai retrouvé les mêmes relations qu'avant et je me retrouve tel que j'étais avant de rentrer à la prison la dernière fois. Et dans un état pire.» Mais, chaque fois qu'ils reviennent, je perçois, même si elle souvent mince, une évolution.

**JFS: Quelle est la place de la consommation et des produits dans les échanges que vous avez?**

**NB:** Je pense que les produits occupent une place secondaire. Ce dont ils ont besoin de parler, c'est d'une autre forme de dépendance: de ce qu'ils ont pu subir, de ce dont ils souffrent et, la plupart du temps, ils ne veulent pas en rendre les autres responsables. Au contraire, ils se culpabilisent. Si quelqu'un a été battu, par exemple, par son père, cette personne ne va pas l'accuser. Elle va dire «si mon père m'a battu, c'est que je le méritais». Il y a toujours cette tendance à excuser l'autre, à culpabiliser et la drogue arrive comme un substitut, c'est presque secondaire et on parle en dernier. C'est très, très rare qu'ils parlent de dépendance et de produits lors des premières rencontres. C'est toujours leur histoire de vie qui apparaît d'abord. Les gens qui ont recours à des produits sont fragiles psychologiquement. Leur psychologie les y amène.

**JFS: Quand on voit l'importance de ces questions en milieu carcéral, que pensez-vous de la présence ou de l'absence de l'Eglise ou de la spiritualité dans le dispositif de soins?**

**NB:** Il faudrait peut-être que les gens puissent recourir à des personnes qui pourraient les rencontrer, les écouter, les aider. Il ne faudrait cependant pas que cela soit imposé mais mis à leur disposition. Peut-être qu'au départ, cela suppose une rencontre, ou simplement une présentation soit de la part des aumôniers, soit d'une autre personne. Peut-être que l'Eglise fait peur. C'est une institution avec laquelle on n'a pas toujours envie d'être associé.

Pour résumer tout cela, je peux me référer à une rencontre avec un gars qui me dit: «J'ai vu le psychologue, il m'a posé différentes questions. Je ne voyais pas trop ce que je devais répondre, mais finalement il faut que je puisse parler.» Alors le psychologue lui demande: «Mais d'où viennent

ces angoisses? Qu'est-ce qui se passe?» Et il me dit: «Où est-ce que je vais aller chercher ça? Je n'ose pas regarder ma vie, car je ne veux pas voir la réalité. La réalité me fait souffrir.» Je lui demande en quoi consiste la réalité, en quoi elle lui fait peur. Il me dit: «Mais la réalité, d'abord, c'est des angoisses, je suis plein d'angoisses et j'ai honte de ce que j'ai fait, de ma vie, de toute mon histoire. Comment je peux m'accepter avec toute cette honte? Mes copains, les autres, mes parents, quelle idée ont-ils de moi? Mes parents en souffrent, alors qu'est-ce que je peux faire? Alors je me dis, de deux choses l'une: ou bien tu meurs ou tu continues de vivre. Moi je veux vivre, je suis décidé à vivre.» Je lui réponds alors: «C'est déjà très beau que tu veuilles continuer à vivre, et comment tu t'expliques cela?» «Je ne sais pas, mais il y a quelque chose en moi qui me dit, même si cela fait déjà 15 ans que je suis là-dedans, je veux vivre.» Il n'a pas utilisé le mot «confiance». Mais: «Je crois que j'ai la capacité, je dois pouvoir le faire. Je dois pouvoir continuer à vivre.» Là-dessus, je n'ai pas pu m'empêcher de parler de Dieu. Je lui ai dit: «Il y a une grande spiritualité dans ce que tu dis. Quel est cet esprit qui te dit que tu peux continuer à vivre, que tu ne veux pas mourir, que tu dois accepter ta réalité? Cela veut dire qu'il y a quelqu'un en toi qui t'aide à t'accepter avec ta réalité, à t'aimer; qui te fait comprendre qu'il y a de la grandeur, que tu es aimé et digne d'être aimé et que tu peux aller de l'avant, et c'est un esprit qui te parle. Pour moi, j'y vois un peu l'esprit de Dieu et tu es ouvert, accueillant, disponible à cet esprit.»

**JFS: merci**

**Courriel:**

desboeufs\_nicolas@geneva-link.ch

**...même si  
cela fait déjà  
15 ans que je  
suis là-dedans,  
je veux vivre**



# PSYCHOTROPES ET QUÊTES EXISTENTIELLES : LOGIQUES D'AILLEURS ET D'ICI

*Ilario Rossi, François Kaech, anthropologues, Université de Lausanne*

**En retraçant l'emploi des psychotropes dans une société native du Mexique, les auteurs s'emploient ensuite à décoder l'usage des mêmes plantes dans le contexte occidental, pouvant se définir comme une quête de sens à dimension spirituelle pour les «individus incertains» que nous sommes. (réd.)**

**T**oute société met en œuvre, de manière proactive ou réactive, des mécanismes culturels par lesquels l'ensemble ou une partie de ses membres trouvent les moyens de dépasser les limites prosaïques de leur existence habituelle. Au-delà des clichés folkloriques, l'absorption de psychotropes, attestée partout dans le monde sous des formes aussi nombreuses que variées, se présente comme une des démarches les plus manifestes de cette quête, parfois obsessionnelle, du dépassement de l'ordinaire.

Expérience éminemment subjective, l'état psychotrope dévoile également des dynamiques culturelles fort révélatrices. La recherche ponctuelle ou continue d'un ailleurs se présente pour l'individu comme un besoin de transcender sa condition humaine. Cette transition ne peut cependant se comprendre si on l'interprète comme une action isolée; elle constitue au contraire un espace sémantique susceptible d'informer sur les logiques qui encadrent sa production culturelle. Il faut ainsi envisager une approche à la question qui puisse englober aussi bien les implications singulières que les déterminations sociales. Le point commun de cette dialectique se construit autour de la ligne de démarcation, entre un état ordinaire et un état modifié, qui sépare deux langages et deux expériences spécifiques du corps.

Dans l'étude de ces variations corporelles, la notion de limite doit donc retenir toute notre attention. En effet, l'évidence selon laquelle toute utilisation de psychotrope altère les équilibres psychiques et somatiques montre la fragilité d'une interprétation qui se voudrait trop empirique et générale. De fait, à l'incroyable variété des plantes et des produits classés comme psychoactifs par les discours pharmacologiques et médicaux, correspondent des spécificités botaniques et biochimiques particulières engendrant des effets différenciés des perceptions, cognitions et émotions habituelles; à cette diversité s'ajoute la multiplicité des utilisations finalisées que chaque logique humaine et culturelle met en œuvre.

## PSYCHOTROPES ET QUÊTES DE SACRÉ, L'AILLEURS

Dans leurs expressions «exotiques» – notamment amérindiennes, asiatiques, africaines – nous ne pouvons donc pas parler de façon réductrice d'intoxication ou abus de substance sans prendre en compte le cadre des mythologies et des croyances; l'opérateur psychotrope fait intrinsèquement partie d'un moment d'appropriation culturelle, traditionnellement accréditée et intégrée dans la totalité de la sphère sociale. L'apparent désordre corporel qu'il engendre est en effet interprété non comme une déformation de la réalité, mais plutôt comme le lieu d'un type particulier d'ordre: ici l'existence se régénère et mène, dans l'effervescence extatique de l'expérience, à l'explosion de ses propres tabernacles.

**...l'état  
psychotrope  
dévoile des  
dynamiques  
culturelles fort  
révélatrices...**

Dans les sociétés amérindiennes, l'interaction entre les êtres humains et les plantes psychotropes a donné lieu à de véritables mécanismes sociaux de connaissance; les données botaniques et ethnographiques répertorient plus de cent végétaux utilisés dans un cadre religieux (Shultes, Hofmann, 1993). De même, le chamanisme amérindien n'est pas homogène: phénomène pluriel, il s'exprime à travers des contextes écologiques et ethniques différents, tant au sud qu'au nord de l'Amérique, et se distingue aussi bien par ses qualités locales intrinsèques, que par ses réactions face aux vicissitudes socio-politiques des pays dans lesquels il s'inscrit. Au nombre de ces cultures figurent les Huichol de la Sierra Madre Occidentale au Mexique. Cette culture est un phénomène globalisant, à la fois le produit d'une vision particulière du monde et le producteur permanent d'un vécu dans le monde. Il possède ainsi une rationalité propre, dont les caractéristiques dominantes sont une conception dualiste du monde et de la personne – associant le monde des humains à son miroir ancestral et divin, le monde autre, qualificatif ethnologique appliqué à l'ensemble des ancêtres et des divinités de leur panthéon païen –, la reconnaissance d'une continuité entre la vie et la mort et une capacité à régulariser les équilibres sociaux, corporels, écologiques et climatiques. La spécificité de cette culture tient à que la langue vernaculaire, appelée *tewi niuquiyàari* (la parole

des ancêtres qui donne du cœur) s'inscrit dans un langage culturel et rituel, le *yeiyàari* (le chemin du cœur), qui permet aux Huichol d'agir dans le monde grâce au corps, le *vay iyàari* (la chair qui a du cœur). C'est par la mise en perspective de ces trois niveaux que les Huichol relient en permanence les réseaux de significations «profanes» et «sacrés», au moyen d'offrandes et de sacrifices qu'ils font circuler constamment dans l'espace et le temps. Ces savoirs et ces pratiques se caractérisent donc par une véritable éthique individuelle et collective qui fait de l'absorption d'un petit cactus, le *jicuri* (*peyotl*, ou *Lophohora Williamsii* selon la terminologie botanique) une conduite d'intention ritualisée par le collectif.

Cette épreuve, aux yeux des autochtones, ne constitue pas un devoir ou une obligation. Chacun est libre de s'y soumettre ou non, en fonction de motivations par ailleurs très variables: initiation chamanique, soins thérapeutiques, démarches propitiatoires, etc. En cela, les prescriptions culturelles de l'absorption respectent les particularités individuelles face à l'expérience. D'autant plus que, loin d'être une action isolée, l'absorption du *jicuri* constitue un espace sémantique révélateur d'un usage culturel du corps. Pour cela différentes techniques sont alors envisagées: invocations, chants, veilles, jeûnes, marches, purifications, rêves, abstinence sexuelle, abnégation personnelle, solitude, épreuves initiatiques, Mais la plus importante de ces métamorphoses reste le rapport avec «l'empreinte des dieux» qui permet une transmutation du corps, finalisée quant à elle à rendre intelligible l'unité entre le sensoriel, l'émotif et l'organique, en révélant ainsi la simultanéité entre événements métaboliques et psychologiques et l'indissociabilité de l'être de son corps.

Dans cette perspective, les dynamiques de l'ivresse permettent le passage empirique d'une condition humaine à une condition mythique. Selon ce point de vue, le corps n'appartient pas au monde en tant que partie, mais s'affirme plutôt comme la partie qui tient lieu de tout. Cette fusion est rendue possible par le chamanisme, qui pousse l'individu à ouvrir son corps à la symbolique sociale, à se l'approprier. La pratique corporelle la plus révélatrice de cette symbolique induite, se rattache justement à l'ivresse mescalinique.

## PSYCHOTROPES ET QUÊTES DE SENS, L'ICI

Parallèlement, le chamanisme est devenu un objet de prédilection, voire de dévotion, et bénéficie d'une attention soutenue, bien que superficielle, de la part du grand public. Désormais pris dans un processus de vulgarisation et de réduction médiatique, il ne cesse de stimuler l'imaginaire occidental, dévoilant les nombreuses contradictions dont est porteuse la modernité. Il en est ainsi venu à s'imposer dans le champ de nos références au point d'en être saturé et galvaudé, signe de sa profonde ambivalence.

En témoigne, l'usage nouveau et de plus en plus fréquent de substances végétales psychotropes, tel que le *peyotl*, par

des Occidentaux, lors de «sessions chamaniques». Organisées aux Etats-Unis, en Europe et notamment en Suisse, celles-ci sont animées soit par des Occidentaux «initiés» à certaines pratiques chamaniques soit par des chamans nord-américains et sud-américains invités à venir dispenser leurs savoirs, sous la forme d'enseignements synthétiques et plus ou moins ajustés.

Bien que faisant référence au chamanisme et à ses pratiques, les manifestations sociales de ce phénomène apparaissent surtout marquées par les différences qu'elles



Photo: interfoto

présentent avec les savoirs et les conceptions indigènes. Ainsi, ces activités semblent davantage influencées par le contexte social dont elles sont issues que par son modèle d'inspiration. Il peut alors s'apparenter au mouvement New Age, en partageant bon nombre de ses valeurs et de ses conceptions caractéristiques (holisme, écologisme, individualisme, pacifisme, communications avec des autres niveaux de réalité dans un but thérapeutique et de développement du potentiel humain).

Aujourd'hui, ces usages contemporains et occidentaux de substances végétales psychotropes sont encore principalement appréhendés et analysés à partir de caractéristiques négatives par les spécialistes qui étudient les formes de chamanisme. Il est alors souvent question d'un phénomène de marchandisation des savoirs chamaniques, caractérisé par un syncrétisme fortement simplificateur, voire d'une forme de néo-colonialisme qualifiée de «tourisme mystique». Si cette exploitation commerciale constitue une dimension importante du phénomène et met en évidence les ambivalences et les contradictions des rapports entretenus par les sociétés occidentales avec ses altérités culturelles, on ne peut toutefois réduire sa compréhension à cette unique expression.

Si, dans le chamanisme huichol, le recours au *peyotl* répond à une demande collective et s'intègre comme pratique dans des structures culturelles préalables, pour le sujet occidental, l'usage obéit essentiellement à des attentes indi-

viduelles. Dans le premier cas, l'expérience, balisée par la mythologie, se donne à lire a priori, alors que dans le second, le sens accordé à l'épreuve impose une relecture et une réinterprétation du vécu a posteriori (Rossi, 1997). Ainsi appréhendé et reformulé de manière individualiste et personnalisée, un tel usage du peyotl se réduit souvent à sa dimension technique qui permet d'accéder à des «états de conscience modifiée» dans un but thérapeutique et/ou spirituel. En postulant l'existence d'une réalité sacrée ontologiquement transcendante qui se dévoilerait à travers l'expérience extatique directe, le chaman est envisagé comme un «technicien du sacré» et sa pratique comme une quête spirituelle, accessible par un apprentissage expérimental (Eliade, 1968).

Comme nous l'avons vu, le peyotl, par ses effets, permet d'éprouver différemment le rapport au monde, à soi-même et aux autres. Outrepassant les limites de la condition ordinaire, l'expérience occidentale se donne à lire comme une épreuve personnelle. Ainsi, les expériences vécues par les pratiquants comme un processus de mort-renaissance peuvent être qualifiées de liminales. Elles nourrissent une mise en récit de soi à travers un mythe personnel et ritualisent l'entrée dans un cheminement spirituel. La personne devient seule juge de la nature et de la qualité de l'expérience qu'elle vit et de la résonance qu'elle aura sur son existence.

Les participants cherchent alors à relier leur propre destinée aux lois et au sens de l'univers afin de retrouver une place au sein du tout cosmique. Si les pratiquants parlent d'initiation pour décrire leurs vécus et leurs investissements dans ce type de pratiques, il semble qu'il soit plutôt question d'une rencontre avec soi-même et le monde, à travers l'expérimentation d'un vécu corporel différent aux tonalités émotionnelles et affectives intenses, voire fusionnelles. Parler de substance «enthéogène», qui signifie «la libération ou l'expression d'un sentiment divin à l'intérieur de soi» prend alors tout son sens.

La consommation occidentale s'apparente donc plutôt à une expérience auto-référencée de création de sens, de «fabrication intime du sacré» (Le Breton, 1991). Face à ce manque de médiations symboliques, le sujet s'approprie seul son «voyage» avec des «contenants de pensée» qu'il aura lui-même choisis ou qui s'imposent à lui (Escande, 2001). Ceci est illustré par le vocabulaire employé par les pratiquants pour interpréter leur vécu: il n'est pas emprunté aux représentations huichol, mais aux traditions thérapeutiques asiatiques et leurs conceptions énergétiques. Ces conceptions de flux d'énergies, d'harmonisation des équilibres cosmiques, de la maladie pensée comme perturbation de ces flux, sont particulièrement présentes dans le contexte actuel de pluralisme médical de notre société. L'usage de plantes comme le peyotl devient alors sous sa forme «occidentalisée», une voie spirituelle non dogmatique qui permet de réunifier le corps et l'esprit, le thérapeutique et le spirituel, en marge de la biomédecine et du religieux institués et légitimés socialement. En définitive,

cette forme d'appropriation adaptée à un public occidental dévoile et réactualise son contexte de production à travers ses valeurs et ses repères.

A ce titre rappelons que l'individu des sociétés occidentales contemporaines est de plus en plus laissé à sa propre initiative pour guider ses choix et faire face aux infortunes de la vie quotidienne (maladie, accident, solitude, difficultés professionnelles, séparations affectives, deuils, mort). Devenu «incertain» (Ehrenberg, 1995), l'individu est condamné à un incessant – et toujours inachevé – travail de construction de sens et d'identité. Dès lors, il tente de combler les carences du symbolique par des emprunts à d'autres tissus culturels ou par la création de nouvelles références. En ce sens, le corps est devenu l'objet de préoccupations soutenues dans une visée d'autonomie, accompagnée d'un besoin impérieux de singularité. Ce besoin intègre également une quête plus large de bien-être, de «développement personnel», voire d'épanouissement spirituel.

#### **Bibliographie:**

David Le Breton, *Passions du risque*, Paris, Métailié, 1991.

Mircea Eliade, *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, Paris, Payot, 1968 (1951).

Gregory Escande, 2001, «L'usage de psychotropes: entre sauvagerie et enculturation», *Psychotropes*, 7, 1: 19-33.

Alain Ehrenberg, *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.

Joan Ott, *The age of entheogens*, Californie, Natural Products Ed, 1995.

Ilario Rossi, *Corps et chamanisme*, Paris, Armand Colin, 1997.

Richard Evans Shultes, Albert Hoffman 1993 (1992) *Les plantes des dieux*, Paris, Ed. du Lézard.

#### **Courriel:**

Ilario.Rossi@unil.ch

Francois.Kaech@unil.ch

# L'IMPORTANCE DE LA CROYANCE DANS LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

*Jean-Dominique Michel, socio-anthropologue et thérapeute, Genève  
www.healingcoaching.ch*

**Partant des deux grands systèmes d'appréhension du réel (de nature objectivante ou symbolique), l'auteur donne notamment à lire la dimension symbolique masquée dans les pratiques de santé occidentales. Au final, il apparaît que quelque soit la narration thérapeutique utilisée, la croyance est au cœur de tout processus de rétablissement. (réd.)**

La démarche thérapeutique occidentale a cherché depuis quelques siècles à éliminer ou restreindre autant que faire se peut le champ de la croyance dans les processus de soins. Dans ce découpage hérité de Descartes selon lequel le raisonnement logique et l'imaginaire s'opposent (le second menaçant le bon déploiement du premier), tout ce qui relève de la foi, de l'imaginaire ou du symbolique doit être évacué ou du moins contenu.

Or nous possédons en nous, comme entrelacés, deux grands systèmes d'appréhension du réel. Le premier est de nature objectivante, et cherche, précisément, à décrypter les signes du vivant d'une manière univoque. Devant un tableau de symptômes, un médecin cherchera le syndrome qui organisera de manière cohérente les signes rencontrés et livrera la réalité de la pathologie. De même, un chasseur d'une société simple, décryptant une empreinte animale au sol, cherchera à en dégager une interprétation apte à le renseigner efficacement sur ce qu'il cherche.

Le second grand système est de nature symbolique. Nous sortons ici d'une logique de signe «à plat», dans lequel le signifiant (symptôme ou empreinte) renvoie à un seul signifié (maladie ou animal), pour entrer dans un univers de la multiplicité du sens, ce que les spécialistes appellent la polysémie ou encore le double impérialisme du signifiant et du signifié. Sous ce jargon un peu barbare se loge cette caractéristique singulière du symbole, qui est de renvoyer à une multitude de sens possibles. L'image d'un vieillard, par exemple, peut signifier aussi bien la sagesse que l'expérience, le temps, la mémoire, la décrépitude, la lenteur ou l'oubli... Et un signifié (comme ici la sagesse) peut à son tour être représenté par une multiplicité de symboles (le vieillard, la chouette, la tortue, le livre, le ciel, le bouddha...)

La conséquence de cet état de fait est que le langage symbolique est un langage des multiples, de l'inarrêté et de l'incertain (puisque le sens peut toujours s'échapper plus loin) mais aussi celui d'une multi-dimensionnalité plus en phase souvent avec la complexité des processus du vivant.

A une époque lointaine où je pratiquais le théâtre, je m'étais amusé à explorer très en détail le système symbolique de l'astrologie. Je n'avais pas trouvé de confirmation de la validité objective de cette discipline. Une étude tout au

long d'une année des transits planétaires, jour après jour, ne m'avait pas convaincu que les événements de ma vie puissent être en lien avec les mouvements des astres. En revanche, je me suis vite rendu compte à quel point ce langage symbolique pouvait être efficace et précis pour communiquer des réalités complexes relevant de l'humain.

A supposer que les comédiens maîtrisent eux aussi ce langage, une simple phrase comme «là, tu joues ce passage avec Mercure en Lion, essaye avec Mercure en Taureau» pouvait en quelques mots signifier un «paquet» de sens qu'il aurait fallu de multiples phrases pour pouvoir exprimer en français. Et autant le sens aurait été clair, autant il aurait été également sans limites dans les développements possibles. Une Vénus en Taureau ne s'épuise pas en trois phrases mais peut se développer aussi bien en trois phrases qu'en trois pages, trois chapitres ou trois livres...

Ces deux systèmes, objectivant et symbolique, coexistent inévitablement dans nos consciences individuelles et collectives, car elles sont consubstantielles à notre fonctionnement psychique. Le chasseur décrypte certes dans une logique univoque l'empreinte laissée au sol mais la relation qu'il entretient avec l'animal et la place que celui-ci occupe dans son système de sens est multiple. La rencontre avec la trace, un matin de brume, s'insère donc automatiquement dans un univers de ramifications symboliques. Et le soignant, face à son patient, porte aussi toute la charge de son histoire personnelle, de ses résonances inconscientes, du sens qu'il investit dans sa pratique, de cette «épaisseur» qui vient se superposer à son travail clinique d'interprétation du signe.

La démarche cartésienne s'est avérée très tyrannique en ce qu'elle a cherché à écarter une dimension naturelle, inévitable et incontournable de notre fonctionnement mental. La simultanéité de ces deux dimensions est une réalité féconde, dynamique, qu'il faut au contraire s'approprier pour pouvoir la maîtriser. Prétendre évacuer l'imaginaire, c'est paradoxalement tomber dans la religiosité et le dogme, dans une forme de totalitarisme intellectuel. Nous connaissons tous des cartésiens fanatiques qui, au motif d'une certaine idéologie de la connaissance, sont d'une surdité tonitruante au réel... Et les grands esprits de la démarche scientifique n'ont cessé d'indiquer à quel point l'imaginaire était un moteur dans leurs explorations!

## APPLICATIONS AU DOMAINE DE LA SANTÉ

Le domaine de la santé n'échappe pas à cette dialectique incontournable que ces deux registres ont entretenus depuis la nuit des temps. On a beaucoup débattu pour savoir si la médecine était une science ou un art, alors qu'elle est inévitablement les deux. Elle s'est appliquée à décrire les phénomènes pathologiques de sorte à les rendre repérables dans une logique de décodage de signes. Mais le processus de l'exploration et de la découverte étant de nature relationnelle et verbale, le moment de la clinique est aussi un moment éminemment symbolique.

Tout un courant actuel de la recherche autour des pratiques médicales a cherché à mieux cerner les enjeux et les processus impliqués dans ce moment. Sous le terme de «Médecine narrative», il tente d'appréhender la consultation et la construction du diagnostic comme un processus narratif. En fait, l'idée est assez évidente : la consultation voit la rencontre de deux ordres de narration : la narration souffrante d'une part, insérée dans l'histoire de vie du patient, avec la description qu'il donne de ses symptômes et de sa souffrance. Et la narration médicale de l'autre, qui est plutôt un répertoire de narrations. Dans celles-ci figurent évidemment ce que le médecin a retenu des descriptions des pathologies figurant dans la littérature médicale. Mais aussi le vaste répertoire d'expériences cliniques qu'il a vécues et dans lesquelles il va puiser des analogies, des ressemblances, dans un processus qui est au moins aussi intuitif que déductif. Les spécialistes de la médecine narrative considèrent ainsi que l'art médical s'apparente beaucoup plus à celui de l'interprétation des textes qu'à celui de la démarche scientifique telle que pratiquée dans l'univers des sciences dures.

Le moment de la consultation est donc celui de la rencontre de deux narrations. Souvent, le patient est quelque peu désarmé dans sa narration souffrante et une grande part de sa demande consiste à ce qu'on l'aide à construire du sens à ce qui lui arrive. Le déni caractéristique des états d'addiction, par exemple, conduit ceux qui en souffrent à développer une perception distordue de leur propre réalité. Et l'on sait combien il est important, dans ces cas-là, de déjà commencer à apporter de l'information factuelle sur la réalité de ces processus. Mettre un nom sur une souffrance et l'expliquer est un pas très important pour que le patient puisse s'approprier son histoire de maladie et entreprendre de la faire évoluer.

Face à cette demande, le soignant puise dans son répertoire de narrations techniques pour trouver celle qui va pouvoir correspondre à ce qu'il entend et qu'il va pouvoir proposer en retour à son patient. Ce processus, à nouveau, est d'ordre interprétatif et contient donc une importante dimension symbolique. Le patient pourra réagir à cette «proposition narrative» soit en l'acceptant, ce qui permettra de passer ensuite à la recherche d'une narration thérapeutique, soit en la rejetant. Il y a là un enjeu bien connu des praticiens : la narration diagnostique peut être juste et le patient la rejeter, tout comme le diagnostic peut être erroné et le patient y adhérer!

On a ainsi longtemps considéré que le patient devait nécessairement adhérer à son diagnostic pour pouvoir commencer à se rétablir. On a notamment vu cela dans le domaine de la santé mentale, où on tenait par exemple que tant qu'une personne n'admettait pas son alcoolisme ou sa schizophrénie, elle se mettait automatiquement en échec. Les recherches sur le rétablissement sont plus nuancées. Il va de soi que l'admission d'un état d'alcoolisme ou de psychose est en soi favorable au processus de rétablissement. Mais l'on a vu aussi de nombreux patients se construire «contre» la narration médicale.

Certaines personnes schizophrènes contestent fermement l'existence de la schizophrénie comme catégorie pathologique. Mais ils peuvent admettre avoir vécu des épisodes de délire ou d'hallucinations «sans que cela fasse d'eux des schizophrènes». Des personnes alcooliques peuvent admettre avoir eu de sérieux problèmes d'alcool sans accepter l'étiquette d'alcooliques. La reconnaissance de la difficulté, même inscrite dans le rejet de la narration médicale, peut tout à fait suffire.

## L'INÉVITABLE FOI

Chaque école de pensée, chaque discipline thérapeutique fonctionne au moins partiellement dans le registre de la foi. Après tout, si l'on n'a pas foi dans ce que l'on fait et dans ce que l'on met en œuvre, si l'on n'est pas convaincu de la validité et de l'efficacité de sa méthode, on n'agit pas. Chaque groupe humain se singularisant par la montée en épingle de ses valeurs et pratiques au détriment de celles des autres, les innombrables querelles de chapelle dans l'univers des soins sont banalement naturelles.

Dans une vision plus large, deux impératifs existent : celui tout d'abord d'une évaluation de l'efficacité des différents modèles/approches/méthodes (même si l'on sait combien difficile est cette ambition). L'objectivation, dans une logique ouverte, répond au besoin d'efficience, mais aussi à celui de mieux comprendre les indications de telle ou telle approche. Le second impératif est quant à lui celui du respect d'une pluralité de l'offre de soins qui tienne compte de la réalité des besoins et notamment de la variabilité de la réponse individuelle aux différents modèles thérapeutiques.

La démarche biomédicale par exemple cherche à arrêter des protocoles les plus efficaces possibles, sur la base de logiques statistiques. Celles-ci révèlent que les «best practices» ne s'adressent jamais qu'à un segment certes majoritaire mais jamais intégral de la population concernée. C'est donc un impératif éthique qu'existent conjointement aux méthodes de soins les plus convaincantes des offres plus secondaires, voire marginales, mais qui puissent répondre aux besoins des personnes qui ne répondent pas favorablement ou ne souhaitent pas recourir aux premières.

Cette plasticité de la rencontre patient/modèle à travers les dispositifs et les personnes qui les mettent en œuvre sont

un élément saillant que révèle l'observation des trajectoires des personnes concernées. Nous savons tous que deux personnes peuvent réagir très différemment à une offre de soins particulière. Là où l'un pourra tirer profit d'une approche très médicalisée, une démarche socio-éducative conviendra mieux à un autre. Même dans le cours d'une seule histoire de vie, une personne pourra avoir besoin de ressources différentes à des moments différents de son parcours. La nécessité de préserver une certaine diversité de l'offre de soins s'impose si l'on veut rester dans une logique de réponse aux besoins.

Au premier impératif de rationalité et de validation vient donc s'ajouter un impératif de relativisation des approches. Certes, toute discipline tend à se considérer comme plus nécessaire que les autres parce que mieux ancrée dans la réalité, quoi que ce terme recouvre. Pour un éducateur, les processus d'appropriation de compétences et de redéfinition du projet de vie sont plus essentiels et donc «réels» que les compensations neurobiologiques apportées par des traitements médicamenteux. Pour un médecin prescripteur étrié, seule la biologie et la chimie sont réelles. Certes, l'époque est propice à des métissages de conviction et de positions moins caricaturales que celles-ci. Il n'en reste pas moins. Nous sommes ici dans un nouveau paradoxe qui est que pour déployer toute son efficacité, un modèle doit assumer une énonciation forte, fût-elle au détriment d'une certaine vérité.

D'aucuns se sont ainsi fait un malin plaisir ces derniers temps de contester le «dogme» hérité des Alcooliques Anonymes selon lequel «alcoolique un jour alcoolique toujours» et que le boire contrôlé est impossible pour les alcooliques. Cette contestation est bienvenue, parce qu'elle remet en cause l'absolu d'un certain modèle. Mais il importe conjointement de ne pas perdre de vue que si le modèle des AA est largement efficace, c'est précisément du fait de la force de l'énoncé qu'il propose et de la simplification qu'il permet. Cela tombe sous le sens de comprendre comment une personne qui toute sa vie s'est battue pour contrôler sans succès sa consommation peut tirer profit d'une narration simple lui disant : «Laisse tomber ce combat, admets ton impuissance, applique quelques recettes simples, viens en réunion avec nous et adopte un nouveau mode de vie qui t'amène à une forme de sérénité.»

Que les axiomes de cette démarche soient plus ou moins vrais est finalement secondaire, d'autant plus que toute vérité en la matière est relative. A une autre personne pourra mieux convenir un accompagnement vers une possible modération de sa consommation, mais la question de qui tirera profit de quoi reste pour l'instant inscrit dans le mystère des choses et ne se révèle la plupart du temps qu'a posteriori.

C'est dire, et c'est là le paradoxe, que les soignants doivent adhérer à leur modèle avec force et conviction, tout en appréciant la singularité de chaque situation et en restant ouvert au fait que, pour un ensemble de facteurs plus ou moins connaissables, une personne pourra à un certain moment avoir avantage à faire appel à un autre modèle que le leur.

## LE RÉTABLISSMENT COMME ACTE DE FOI

Nous avons vu comment, de la rencontre entre la narration souffrante et la narration soignante pouvait, parfois, émerger une construction de sens pour le patient qui ouvre la porte à un réaménagement de ses perspectives de vie. Patient et soignant peuvent alors entrer dans la co-construction d'une narration de rétablissement ou de guérison. Ayant apporté des éléments permettant d'expliquer certaines zones d'ombre du vécu des personnes concernées, le soignant apporte alors une proposition thérapeutique, c'est-à-dire un récit de ce qu'il convient de mettre en œuvre pour pouvoir évoluer hors du vécu de la pathologie. Cette perspective peut selon les cas être modeste (proposer un aménagement de la situation de maladie) ou ambitieuse (viser à mettre durablement fin au problème). Là encore,

nous nous trouvons dans un processus du croisement, de fécondation de deux narrations, celle du soignant qui énonce une certaine marche à suivre, et celle du patient qui dessine les contours de son espérance et de la représentation qu'il peut se faire de sa vie souhaitée.

A la dimension technique des processus thérapeutiques se superpose donc toujours dans la réalité, une autre dimension, symbolique, narrative et sensible, touchant au sens de la réalité vécue et des devenir possibles. Le processus ici est éminemment spirituel, indépendamment du modèle ou du cadre dans lequel il s'inscrit. On pourrait dire que tout soignant agit toujours au moins implicitement

dans un registre spirituel puisque son rôle est de proposer et de chercher à inspirer une dynamique d'évolution et de guérison. Au visage du technicien ou praticien, moderne et laïque, s'ajoute donc nécessairement un archétype plus ancien, plus fondamental, qui est celui du guérisseur, du sorcier, du prêtre, de l'agent de la foi. Énoncer cette réalité ne dénigre en rien la rigueur objectivant du praticien, elle l'approfondit d'une dimension incontournable où se jouent les enjeux fondamentaux du processus thérapeutique.

La récupération par la médecine (ou d'autres formes thérapeutiques) de certains oripeaux ou certains insignes du sacré (comme le blanc druidique) est une évidence qui s'énonce à demi-mots. La force magique de l'écrit (l'ordonnance) que certains porteront sur eux comme une formule de guérison en est une autre. Ces caractéristiques sont tou-

**...tout  
soignant agit  
toujours  
au moins  
implicitement  
dans un registre  
spirituel...**



Association romande des professionnels des addictions, le Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA) promeut une vision progressiste et humaniste des questions d'addictions. Ses activités visent à renforcer et à soutenir l'action des professionnels du terrain par des prestations en coordination, formation, communication et lobbying. Dans le cadre d'un mandat que lui ont confié les cantons romands, le GREA recherche aujourd'hui un/une:

## Chargé(e) de programme (60%)

### Programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu

#### Descriptif

Le/la chargé de programme «jeu excessif» est en charge de la conduite administrative du programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu, sous la supervision du secrétaire général de l'association. Il/elle est amené(e) à travailler étroitement avec les différentes administrations cantonales et avec le réseau de prise en charge et de prévention du jeu excessif.

#### Principales tâches

- Gestion administrative du programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu
- Planification, coordination et développement du programme
- Rédaction de documents, rapports et synthèses
- Contacts avec les organismes de terrain

#### Profil souhaité

- Formation de niveau universitaire ou HES
- Bonnes connaissances du champ socio-sanitaire
- Intérêt marqué pour la problématique des addictions (alcool, drogues, jeu)
- Rigueur et expériences dans la gestion de projet
- Sens de la communication, indépendance, dynamisme, flexibilité et engagement

**Entrée en fonction :** 1<sup>er</sup> août ou à convenir

**Lieu de travail :** Yverdon

Dossier à envoyer jusqu'au 15 juin au GREA, par poste (cp 638, 1401 Yverdon) ou par email (info@grea.ch)

jours effectivement à moitié formulées et elles doivent, dans notre société désacralisée, garder un peu de ce clair-obscur pour continuer d'agir dans leur expressivité subliminale. D'autres cultures invoquent les réalités sacrées de manière beaucoup plus frontales, les rituels que j'ai étudiés lors d'un long terrain de recherche aux Philippines en sont un exemple saisissant. En observant bien, on y voit cependant émerger un singulier renversement de sens: lors de leurs fameuses pratiques de soins, les guérisseurs spiritistes font appel aux deux grands insignes de la médecine moderne puisque, à mains nues, sans aucun moyen technique, ils mettent en scène des «opérations» et des «injections» spirituelles. Le sacré convoque donc là-bas le technique dans ce qu'il a de prestigieux et de puissant, tout comme le technique, chez nous, renvoie inévitablement, même à demi-mots, au sacré.

Un thérapeute, qu'il soit chamane, psychothérapeute, éducateur ou médecin, est donc avant tout un maître du changement, qui met en avant certaines croyances pour aider l'autre. Et la foi (celle qu'il a en lui-même et en sa méthode, celle que son patient peut avoir en lui) est une dimension simplement incontournable de toute pratique de santé.

#### Courriel:

jdm@healingcoaching.ch



Formation continue

**Hes-so**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz

### CAS HES-SO en Assurances sociales

**Public cible :** travailleurs sociaux disposant déjà de connaissances en assurances sociales, ayant une pratique professionnelle de trois ans minimum et en emploi dans une institution sociale.

**Objectif :** permettre la mise à jour et l'approfondissement des connaissances des professionnels de l'action sociale dans le domaine des assurances sociales suisses et leur environnement contextuel, national et international.

**Durée :** 24 jours

**Début :** septembre 2008

**Validation :** 15 crédits ECTS

**Chef de projet :** Stéphane Rossini



Descriptif détaillé sur demande au  
Tél. 021 651 03 10 – <http://ufc.eesp.ch>

CONFÉRENCE NATIONALE SUR LA SUBSTITUTION  
NASUKO 6/7 SEPTEMBRE 2007

# SUBSTITUTION POUR HÉROÏNOMANES : VOIE SANS ISSUE OU PORTE DE SORTIE ?

- **Accueil et ouverture de la Conférence nationale sur la substitution NASUKO 2007**  
Flavia Schlegel
- **Drogues, dépendance et substitution : rétrospective historique et réflexions sur la situation actuelle**  
Jakob Tanner
- **Vue de l'extérieur : recommandations suisses pour les traitements basés sur la substitution**  
Robert Newman
- **Commentaire sur les présentations de F. Schlegel, J. Tanner et R. Newman à la NASUKO 2007**  
Ambros Uchtenhagen
- **Rapprochement des positions lors d'une table ronde**  
Hermann Fahrenkrug
- **La substitution d'opiacés est-elle véritablement un traitement ? Une approche neurobiologique**  
Daniele Zullino
- **Améliorer la qualité des traitements de substitution : au-delà des recommandations**  
Barbara Broers, Hans Gammeter
- **La substitution : entre traitement palliatif et traitement curatif**  
Jacques Besson
- **Substitution : défis médicaux, politiques et financiers**  
Toni Berthel
- **Conclusion pour la Conférence nationale sur la substitution NASUKO 2007**  
Markus Jann



# ACCUEIL ET OUVERTURE DE LA CONFÉRENCE NATIONALE SUR LA SUBSTITUTION NASUKO 2007

*Flavia Schlegel, D<sup>r</sup> méd., cheffe de l'Unité de direction Santé publique, OFSP*

**F**lavia Schlegel accueille les participantes et les participants de la NASUKO 2007. Le fait que le nom de la conférence n'ait pas été modifié depuis la dernière NASUKO en 2001 montre bien, selon la Dresse Schlegel, l'importance accordée à la continuité des mesures pour réaliser une politique efficace en matière de drogues. Les objectifs de la conférence ont été formulés comme suit :

- faire un «état des lieux» des évolutions importantes sur les plans techniques, sociaux et politiques pour le traitement basé sur la substitution
- rechercher de nouvelles voies pour le traitement des toxicodépendants par une approche ouverte, mais également critique.

La manière dont est abordé le problème de la dépendance aux opiacés s'est fortement modifiée ces dernières années et les images du début des années 90 décrivant la misère manifestement cruelle associée à la toxicomanie appartiennent désormais au passé. Le problème n'est pas pour autant résolu. La Confédération s'est donné comme objectif prioritaire la consolidation des succès qu'elle a enregistrés avec sa politique en matière de drogues et son évolution vers une politique cohérente en matière d'addiction.

La SSAM (Société Suisse de Médecine de l'Addiction), agissant à la demande de l'OFSP, a publié au printemps 2007 des recommandations médicales pour le traitement basé sur la substitution (TBS) qui sont basées sur l'évidence (evidence based medicine). Ces recommandations ont reçu un accueil mitigé de la part de certains professionnels, qui ont reproché aux auteurs de ne plus accorder une importance suffisante à l'option de l'abstinence comme objectif thérapeutique. L'OFSP rappelle que la politique du Conseil fédéral en matière de drogues continue d'accorder une place importante à l'abstinence. La Confédération poursuit néanmoins une politique pragmatique et sans œillères idéologiques en matière d'addiction. Elle voit dans le TBS une option thérapeutique possible parmi un large éventail de mesures de traitement, qui respecte la dignité humaine. Il importe en effet de choisir au cas par cas l'objectif thérapeutique qui conviendra le mieux à chaque personne à un moment donné de son parcours thérapeutique.

Adressant ses vifs remerciements à tous les experts qui font preuve d'engagement dans le domaine de la lutte contre l'addiction, la cheffe de l'Unité de direction de la Santé publique a déclaré la conférence ouverte.

## DROGUES, DÉPENDANCE ET SUBSTITUTION : RÉTROSPECTIVE HISTORIQUE ET RÉFLEXIONS SUR LA SITUATION ACTUELLE

*Jakob Tanner, Prof. D<sup>r</sup>, Université de Zürich*

**D**ans la substitution, dont il est question dans le cadre d'un TBS, il ne s'agit pas, comme les défenseurs d'une politique prohibitionniste le prétendent, d'une remise arbitraire à des polytoxicomanes de substances entraînant une dépendance, mais d'un traitement s'appuyant sur des médicaments. Dans la discussion sur les traitements de substitution, la consommation de drogues ne doit pas pour autant être banalisée; il s'agit d'identifier des interventions thérapeutiques réalisables, des modèles de réhabilitation et des mesures de soutien.

L'héroïne, ou diacétylmorphine, était considérée autour de 1900 comme une substance médicale miracle que les fabricants commercialisaient pour traiter un nombre incalculable de souffrances. Les domaines d'utilisation possibles étaient les maladies des voies respiratoires, les affections cardiaques, la dysphagie, l'analgésie, les troubles sexuels, les affections psychiatriques et en particulier aussi le sevrage de la morphine. Longtemps, le potentiel de dépendance de l'héroïne avait été minimisé ou mal perçu par le corps médical. Ce n'est qu'à partir

des années 1920 que l'on a compris que l'héroïne ne se prêtait pas au sevrage de la morphine. La politique prohibitionniste, qui est encore d'actualité aujourd'hui, date de cette époque.

Jusque dans les années 60, aucune tentative en direction des traitements de substitution n'avait abouti: toutes ont péri sous la critique des défenseurs du prohibitionnisme. «Les médecins distribuent des drogues» et «L'État finance la toxicomanie» étaient des slogans efficaces qui étouffaient dans l'œuf les arguments d'experts agissant avec circonspection. Le début des années 60 a vu l'introduction du traitement moderne de substitution par la méthadone et parallèlement celui du traitement des diabétiques par l'insuline. Ce parallélisme était important pour la politique en matière de drogues car le traitement de substitution tout comme l'insulinothérapie induisait une correction des altérations métaboliques qui pouvait aider respectivement les toxicomanes et les diabétiques à retrouver une vie normale. Les deux affections, la dépendance à l'héroïne et le diabète, étaient considérées comme des problèmes chroniques. Cette nouvelle interprétation de la dépendance à l'héroïne s'est depuis établie en Europe et donc aussi en Suisse.

Au début des années 90, un essai de remise médicalement contrôlée d'héroïne aux patients a été lancé en Suisse. Le concept a été étendu, ce qui lui a valu une reconnaissance internationale, mais a également suscité une vive résistance. En dépit d'un fort vent politique contraire, un tournant s'annonçait dans la politique en matière de drogue: il s'agissait de la politique dite des «quatre piliers» - prévention, thérapie, réduction des risques et répression. Prenant le relais d'une longue période de criminalisation et de

stigmatisation, la politique en matière de drogues se médicalisait, politique dans laquelle s'insère le TBS dont il est question.

Les statistiques sur les décès dus à la consommation de drogues en Suisse parlent un langage clair: le nombre de ces décès a pu être réduit de moitié entre 1994 et 2000 (figure 1).

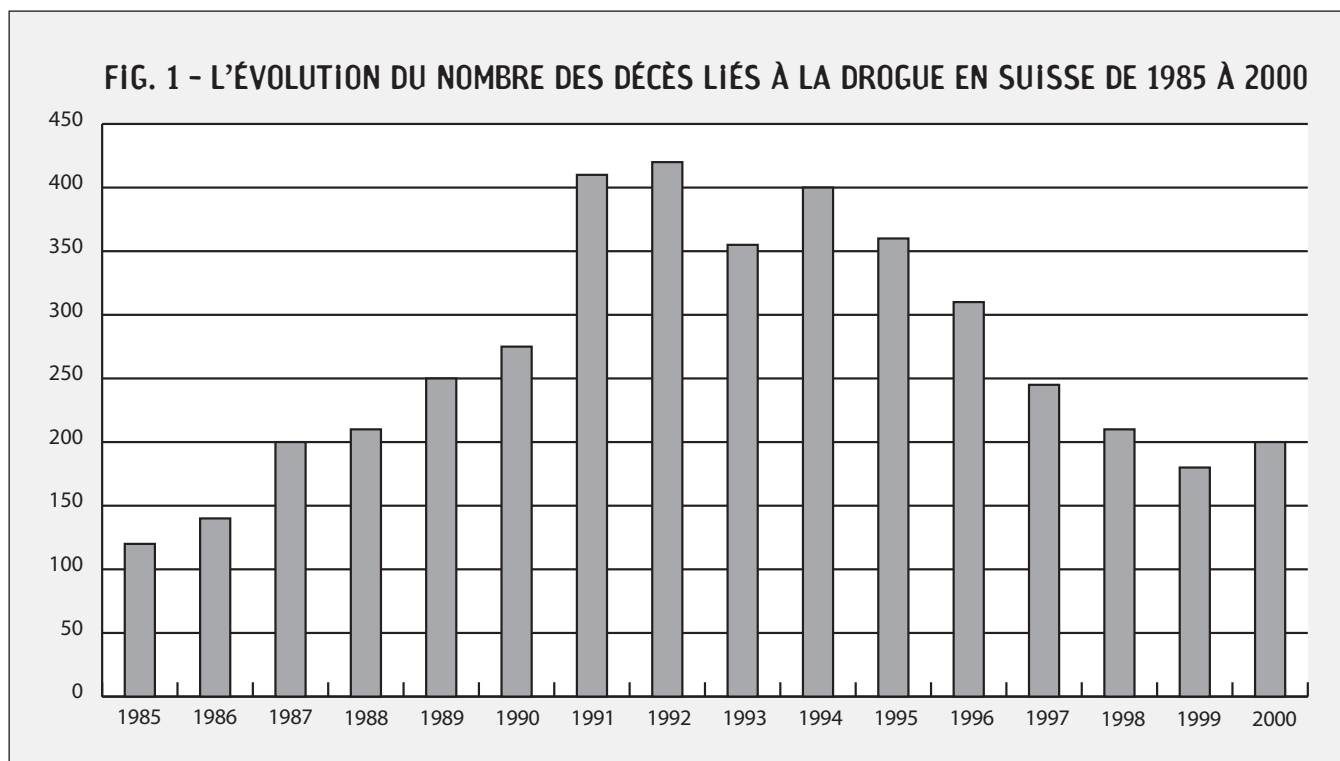
L'évolution du nombre des décès liés à la drogue en Suisse de 1985 à 2000

Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale «sur la modification de la Loi sur les stupéfiants du 9 mars 2001», dans: Feuille fédérale suisse 2001, p. 3721

L'analyse des nouveaux cas de sida donne par exemple des résultats similaires, encore plus éloquentes, ce qui illustre bien l'étendue de l'impact de la nouvelle politique de prévention dans son ensemble (figure 2)

Selon une publication sur la fréquence du recours aux TBS dans 28 États européens, environ un tiers des personnes ayant «une consommation problématique de drogues» suivaient en 2005 un traitement basé sur des médicaments.

Jakob Tanner soutient la thèse de la nécessité d'associer à l'avenir une «philosophie de la substitution» à la politique de la «maladie contrôlée». Le traitement basé sur des médicaments ne devrait pas être lié à un paradigme rigide de l'abstinence, mais être considéré comme une mesure de soutien pour parvenir à une possible abstinence durable. Ces dernières années, on a pu voir se renforcer l'idée que la

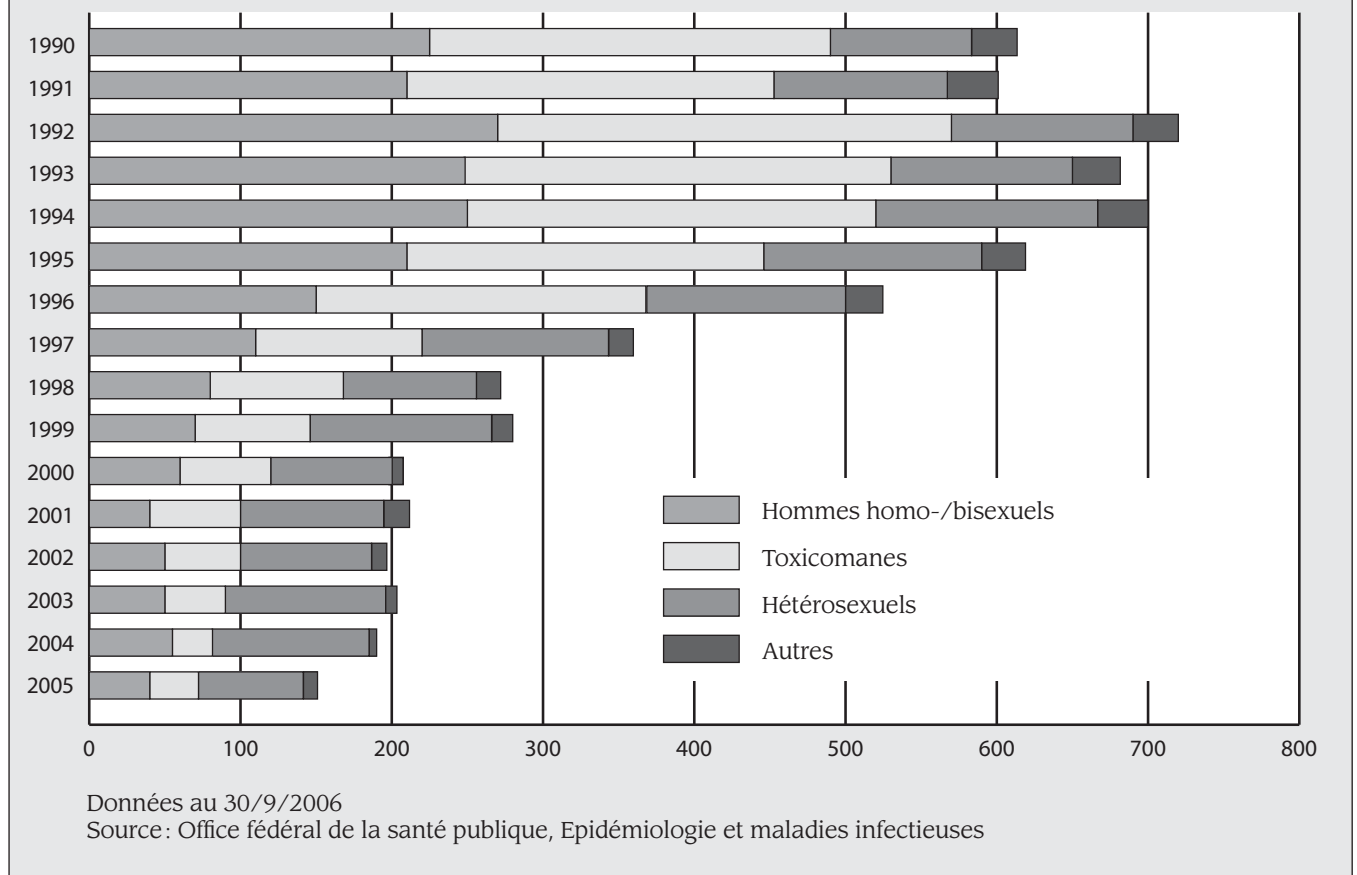


Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale «sur la modification de la Loi sur les stupéfiants du 9 mars 2001», dans: Feuille fédérale suisse 2001, p. 3721

politique en matière de drogues devait être axée sur les personnes dépendantes plutôt que de servir avant tout à réaliser un ordre social parfait et conserver une image intacte de la rue. Des analyses coûts-avantages ont de plus montré qu'une «guerre contre les drogues» constituait un gaspillage pur et simple de ressources. Une étape importante

dans la politique actuelle en matière de drogues serait, selon Tanner, non seulement la substitution de l'opiacé, mais aussi et en particulier la substitution du fournisseur illégal de drogues par une institution officielle, une sorte de «pourvoyeur légal», soucieuse du bien-être de la personne dépendante.

FIG. 2 - SIDA -INCIDENCE SELON LE GROUPE DE RISQUES



Source: Office fédéral de la statistique

## POINT DE VUE EXTÉRIEUR SUR LES RECOMMANDATIONS SUISSES POUR LES TRAITEMENTS BASÉS SUR LA SUBSTITUTION (TBS)

**Robert Newman**, *Pr D<sup>r</sup> méd.*, directeur du *International Center for Advancement of Addiction Treatment*, New York

Trente-cinq années d'expérience dans le traitement des addictions ont amené Newman à avoir l'opinion suivante: la dépendance, et en particulier la dépendance aux opiacés, est une maladie au sens médical du terme, qui est chronique, sujette aux rechutes, non guérissable, mais traitable. Par conséquent, la qualité des traitements devrait être éva-

luée selon les mêmes critères que ceux utilisés pour toute autre maladie chronique.

Exprimant son admiration pour les recommandations médicales de la SSAM, Newman a mis en évidence les points qui lui paraissent les plus importants:

**Le médecin installé est un pilier central de la médecine de premiers recours pour les toxicomanes.**

Il est important que les médecins installés jouent un rôle prédominant dans le traitement des personnes toxicodépendantes. C'est le seul moyen permettant d'apporter de l'aide à tous les patients qui la souhaitent et en ont besoin.

**La dépendance aux opiacés doit être considérée comme une maladie chronique et, partant, comme une affection de longue durée.**

Cette interprétation de la toxicodépendance continue à être ignorée et rejetée dans la plupart des pays. L'addiction est fréquemment qualifiée simplement de mauvaise habitude et de vice, voire de preuve d'un hédonisme obstiné. L'acceptabilité de la toxicomanie comme événement de longue durée constitue le fondement d'une politique moderne en matière de drogues.

**Accès facilité aux traitements de substitution pour toute personne dépendante aux opiacés, quel que soit son âge et la durée de sa dépendance.**

Cette recommandation pour l'indication d'un TBS est à saluer. Elle s'oppose à la plupart des réglementations d'autres pays, où, dans de nombreux cas, une durée minimale de la dépendance ou un âge minimum sont des critères n'admettant aucun compromis pour justifier d'un «droit» à l'admission dans un programme de substitution. Et ce, tout en sachant que la dépendance non traitée est associée à un risque élevé de morbi-mortalité.

**Il n'existe pas d'arguments en faveur d'une limitation du traitement dans le temps.**

Naturellement non. Peut-on concevoir que dans le traitement d'autres maladies chroniques, comme le diabète, l'épilepsie ou l'hypertension artérielle l'on insiste sur une limitation de la durée du traitement? Néanmoins, la prise en charge des coûts d'un traitement par la méthadone est fixée à maximum 24 mois par les caisses publiques d'assurance-maladie dans certains Etats des États-Unis.

**La posologie optimale de la substance de substitution est fixée individuellement et cliniquement pour chaque patient. L'objectif est le bien-être du patient et la réduction des consommations parallèles.**

Pourquoi ce qui est valable pour tous les autres médicaments sur ordonnance ne l'est pas aussi pour le médicament de substitution? Et pourtant, il existe dans certains pays des réglementations claires quant aux posologies maximales, bien qu'il ait été prouvé à maintes reprises que des doses réduites sont associées à une mortalité accrue. En d'autres termes, cela signifie que les médecins et autres personnes prenant en charge des sujets dépendants des opiacés et leur refusant le médicament de substitution à une posologie considérée efficace sont co-responsables de la perte inutile de vies.

**Le TBS doit être poursuivie en milieu carcéral. Il est en règle générale indiqué d'introduire un traitement basé sur la substitution auprès des dépendants aux opiacés non substitués.**

Ceci est bénéfique pour ces personnes. Malheureusement, ce type de traitement n'est légalement autorisé que dans quelques rares pays à travers le monde.

**Des mesures de soutien s'ajoutant au traitement de substitution revêtent une grande importance, mais ne sont pas une condition requise pour un TBS.**

On proposera au patient toute aide envisageable, qu'elle soit médicale, sociale, financière ou autre, en plus de la remise du médicament de substitution. Il serait cependant absurde de faire dépendre de l'acceptabilité de ces autres propositions la mise en route d'un traitement de substitution.

**Les examens réguliers des urines n'apportent que peu d'avantages complémentaires pour le traitement. Les déclarations du patient en ce qui concerne la prise de substances annexes sont en général fiables si la consommation parallèle n'est pas sanctionnée.**

L'on ne menace pas non plus le diabétique d'une réduction de la dose d'insuline prescrite si le laboratoire constate une glycémie élevée! Les examens de laboratoire sont certes souvent cliniquement indiqués, mais que le patient doive régulièrement, sur commande et sous surveillance, faire pipi dans un flacon est contraire à la dignité humaine et nuit à la relation thérapeutique entre le médecin et son patient.

Qu'est ce qui doit être jugé, selon quels critères, et par qui lors d'un TBS? Conscients du fait qu'il ne s'agit pas, dans le traitement de la dépendance aux opiacés, d'obtenir en premier lieu la guérison, c'est-à-dire une abstinence durable, notre objectif thérapeutique doit être une vie meilleure, plus saine, bien intégrée socialement et productive pour le patient, comme dans toute autre maladie chronique. Pour prendre une image de notre vie moderne, c'est aujourd'hui le consommateur qui décide de la qualité d'une marchandise, même si celle-ci correspond à un traitement médical. Les personnes concernées devraient être obligatoirement intégrées dans la discussion et dans les processus de décision portant sur des améliorations possibles. Une évaluation qui ne serait faite que par des experts du monde médical est à rejeter.

En fin de compte, la meilleure politique en matière de drogues n'est jamais assez bonne; il est toujours possible de l'améliorer et la recherche d'approches nouvelles et efficaces ne doit pas cesser. Newman termine son intervention en faisant l'éloge des recommandations par une citation de Goethe: «Il ne suffit pas de savoir, il faut mettre en pratique, et il ne suffit pas de vouloir, il faut agir!»

# COMMENTAIRE SUR LES PRÉSENTATIONS DE F. SCHLEGEL, D. SCHORR, J. TANNER ET R. NEWMAN À LA NASUKO 2007

*Ambros Uchtenhagen, Prof. émérite, D<sup>r</sup> méd., D<sup>r</sup> phil., Institut de recherche sur la santé publique et les addictions, associé à l'Université de Zurich*

**A**Uchtenhagen est connu bien au-delà des frontières de la Confédération helvétique comme chercheur expert dans le domaine des addictions. Il a marqué l'histoire de la politique de la drogue en Suisse. Les lignes suivantes sont extraites de son intervention qui fait un retour en arrière très personnel sur la première journée de la NASUKO 2007.

«L'exposé de Madame Schlegel fournit une bonne occasion de réfléchir à ce que signifierait, pour notre thématique, le passage d'une politique de la drogue à une politique de l'addiction, voire même à une politique de la santé. L'intervention de Monsieur Tanner contenait des éléments dans ce sens et je me suis senti particulièrement interpellé par le titre du livre d'Albert Memmi «Le Buveur et l'Amoureux» qu'il a cité. Memmi nous montre la dimension anthropologique de l'homme qui essaie de satisfaire ses besoins. Les succédanés de satisfaction en font bien entendu partie. Je trouve extrêmement intéressant de considérer le traitement de substitution sous cet angle. J'ai moi-même essayé il y a plusieurs années d'appliquer les critères de l'ICD-10 pour la dépendance à l'état de l'être amoureux. Étonnant comme cela convient: tel l'escarpin qui moulait si bien le pied de Cendrillon.

Jakob Tanner a par ailleurs évoqué la fonction des toxicodépendants dans le refoulement des problèmes de la société. Du point de vue sociologique, nous avons affaire ici à la «théorie du bouc émissaire» connue de longue date. Qu'en est-il aujourd'hui? Le toxicodépendant est-il encore le bouc émissaire? Lorsque l'on regarde les affiches lors des scrutins politiques, on s'aperçoit que ce sont désormais les demandeurs d'asile qui assument ce rôle. Le toxicodépendant semble avoir été mis au rancart. Mais il reprendra peut-être du service lorsqu'il s'agira de procéder à la révision définitive de la Loi sur les stupéfiants.

J'ai trouvé tout aussi importante la demande pressante de Jakob Tanner de cesser la discussion sur le pour et le contre du traitement par la méthadone et de soulever bien plutôt la question du comment de cette forme de thérapie.

De l'intervention du D<sup>r</sup> Schorr, j'ai retenu deux choses. D'une part, on note une proportion égale d'étrangers parmi les substitués à la méthadone que dans la population totale. Manifestement, il n'existe pas de barrières culturelles nous empêchant de fournir à la partie étrangère de notre popula-

tion les mesures thérapeutiques que les Suisses et les Suissesses reçoivent également. Se pose pour moi alors la question de savoir comment interpréter la courbe déviant vers la droite qui représente les cohortes d'âge dans la clientèle des patients. Devons-nous y voir la «voie sans issue» dont il est question dans le titre de cette NASUKO? Ces personnes ne trouvent-elles plus la porte pour sortir de leur traitement par la méthadone ou bien s'agit-il plutôt d'un phénomène positif, à savoir qu'il n'y a plus de nouvelles entrées? Que cela pourrait-il signifier? Peut-être un désintérêt des toxicodépendants d'aujourd'hui pour cette forme de traitement ou bien existe-il de meilleures alternatives?

Selon moi, le véritable grand moment de la journée d'hier était l'évaluation par Robert Newman des recommandations de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction en ce qui concerne le traitement par la méthadone. Il ne leur a attribué que les meilleures notes. S'y ajoute le fait, comme je peux le confirmer en tant que participant à l'atelier sur l'application de ces recommandations, que ces recommandations font parfaitement leurs preuves dans les exemples de cas. Ceci m'a fortement impressionné.»

# RAPPROCHEMENT DES POSITIONS LORS D'UNE TABLE RONDE

*Hermann Fahrenkrug, rédaction de «Abhängigkeiten»*

**A**mbros Uchtenhagen a animé un débat entre Ruedi Stohler, médecin chef de la PUK (Clinique psychiatrique universitaire) de Zurich, Evelyne Flotiront, directrice d'un centre d'accueil et de contact à Bâle et Markus Zahnd, président du Berner Arbeitskreis für stationäre Suchttherapie und Rehabilitation. Les thèmes principaux étaient la place de la substitution des opiacés dans le système suisse de traitement de l'addiction, l'indication d'un TBS, ainsi que les objectifs thérapeutiques à poursuivre.

R. Stohler a souligné le rôle central que joue la substitution dans la politique suisse en matière de drogues pour accroître l'efficacité des traitements de l'héroïnomanie. Les patients peuvent ainsi être protégés des infections et la suppression du stress de l'acquisition des drogues permet à beaucoup de s'éloigner de la rue et du milieu social correspondant. Il ne s'agit pas, selon Stohler, de croire de toutes ses forces à l'illusion d'une société sans drogues. E. Flotiront et M. Zahnd ont montré leurs distances par rapport à cette position; ils ont voulu mettre en garde contre le danger d'une «chronicisation» et donc d'une persistance

de la dépendance du fait du traitement par des opiacés. En particulier chez les jeunes toxicodépendants, les chances réelles d'un traitement orienté vers l'abstinence sont trop peu sondées – sans vouloir pour autant s'accrocher au paradigme de l'abstinence – explique Zahnd. De plus, selon Flotiront et Zahnd, la prise en charge psychosociale dans le cadre d'un TBS est négligée du fait de la forte médicalisation du traitement des personnes dépendantes aux opiacés. Des programmes d'accompagnement pour un soutien psychosocial seraient cependant nécessaires pour pouvoir sortir de la «voie sans issue» dont il est question dans le titre de la NASUKO 2007.

Les participants à la discussion ont réussi à se rapprocher sur les points suivants: un grand nombre de personnes toxicodépendantes ont pu et peuvent tirer avantage d'un TBS. L'importance de mesures supplémentaires de prise en charge, en plus de la remise du médicament de substitution, n'a été remise en question par personne. L'objectif thérapeutique et donc aussi la question de «l'abstinence» doivent être constamment réévalués au cours d'un traitement de l'addiction.

## LA SUBSTITUTION D'OPIACÉS EST-ELLE VÉRITABLEMENT UN TRAITEMENT?

### UNE APPROCHE NEUROBIOLOGIQUE

*Daniele Zullino, Dr méd., privat-docent, médecin chef du Service d'abus de substances, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)*

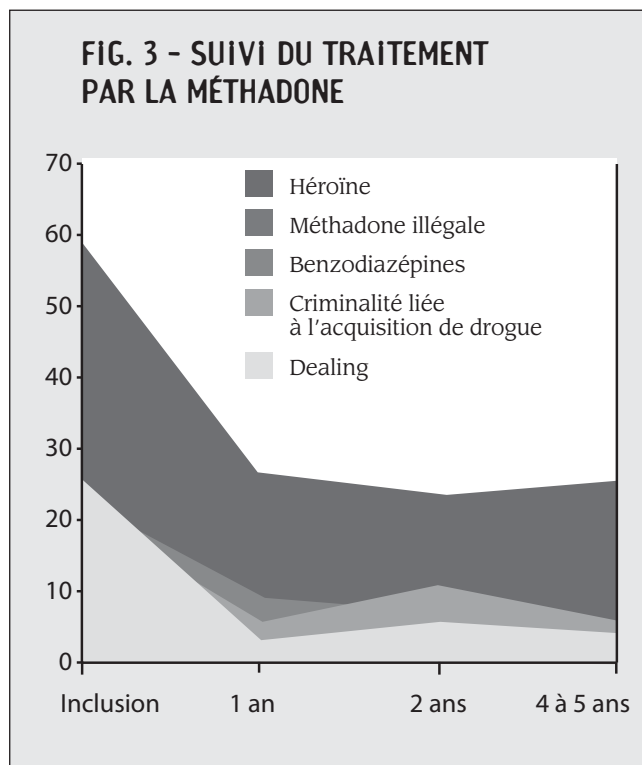
**L**a prescription d'opiacés comme médicaments de substitution est, pour les partisans de la substitution, un moyen efficace de traitement de l'addiction, mais pour ses détracteurs, elle constitue seulement le remplacement d'une drogue par une autre. À l'aide de données neurobiologiques, D. Zullino a montré que la vérité se situe peut-être quelque part à mi-chemin.

Une addiction évolue en trois phases. Le début d'un comportement consommateur dépend de facteurs externes, tels que la disponibilité, le cadre culturel, la permissivité ou la pression du groupe, et, pour une large part, ne dépend pas des caractéristiques de la substance, puisque celle-ci

n'a en effet pas été consommée auparavant. En revanche, durant la phase 2, c'est-à-dire la consommation réitérée, l'effet agréable, euphorisant d'une substance joue un rôle certain; la consommation d'une substance est précédée d'un examen du pour et du contre et d'une prise de décision consciente. Au centre se trouve la recherche du plaisir (hédonisme). Quand la phase 3, l'addiction, est atteinte, la consommation n'est typiquement plus axée sur le plaisir et n'est plus déterminée par l'évaluation des avantages et des inconvénients, mais elle est automatisée. L'addiction pourra donc être définie comme un comportement automatisé inadapté, pouvant être déclenché par des stimuli externes (p. ex. la publicité) ou internes (p. ex. peur, palpitations).

Ce comportement automatisé a certainement un sens dans l'évolution. Les stimuli saillants (stimuli proéminents, essentiels pour la survie) de nature sexuelle, alimentaire, dangereuse, douloureuse, inconnue-nouvelle ou bien interactive induisent une activation du centre de renforcement dans l'aire tegmentale ventrale du mésencéphale. La libération accrue de dopamine a permis le renforcement d'un comportement adéquat, déterminant pour la survie. L'automatisation de ce modèle perception-comportement a résulté en un avantage, car les situations pertinentes sont rapidement reconnues et immédiatement traitées par un comportement approprié. Si le comportement automatisé était inadéquat, il s'en suit une sélection naturelle car ce comportement n'était pas compatible avec une longue survie.

Toutes les substances addictogènes ont pour caractéristique prouvée dans les examens d'imagerie d'activer l'aire tegmentale ventrale. Le cerveau réagit à un stimulus apparemment saillant par un renforcement automatique des pensées, sentiments, perceptions et comportements qui corrélient dans le temps avec la libération de dopamine. Il en résulte une automatisation du comportement qui conduit à une consommation toujours renouvelée. Ainsi sont automatisés des complexes stimulus-comportement qui sont fortement marqués par le milieu de la drogue.



Comment justifier alors l'action thérapeutique d'un TBS? L'objectif d'un traitement de l'addiction est l'apprentissage, l'exercice et le renforcement de modèles alternatifs de comportement, donc une modification progressive de modèles comportementaux. Tout comme le comportement peut être renforcé par l'héroïne dans le milieu de la drogue, une automatisation du complexe perception-comportement et son renforcement sont possibles dans le cadre

thérapeutique d'une substitution d'opiacés. Cet apprentissage d'autres formes de comportement requiert bien entendu des contenus didactiques qui ne peuvent être proposés que dans le cadre d'un traitement de soutien (sociothérapie, psychothérapie).

Plusieurs études qui traitent du déroulement dans le temps des réussites thérapeutiques dans les TBS confirment la présomption d'un effet précoce d'apprentissage au cours de la première année de traitement, suivi d'un état stagnant (voir la figure 3).

Ces résultats ont les conséquences suivantes pour les stratégies thérapeutiques:

1. En dehors de la pharmacothérapie par le médicament de substitution, différentes interventions (au sens large du terme) socio-psychothérapeutiques devraient être proposées.
2. Au plus tard après un an, un bilan devrait être réalisé et la phase thérapeutique qui sera ensuite initiée devra comporter de nouveaux contenus et se fonder éventuellement sur une nouvelle méthodologie.

À la fin de son exposé, D. Zullino a expliqué la métaphore de l'escalier roulant qui a été introduite aux Hôpitaux universitaires de Genève pour faciliter la compréhension du traitement moderne de l'addiction. Un système de traitement de l'addiction correspond à un immeuble de plusieurs étages avec des escaliers et des escaliers roulants. Si le patient veut arriver en haut, il doit «seulement» se motiver à monter sur l'escalier roulant, c'est-à-dire à prendre le médicament de substitution; l'escalier roulant lui fera monter un étage. Toutefois, si pendant son parcours sur l'escalier roulant il reçoit enseignement et soutien, il montera non seulement plus vite, mais il sera aussi capable de continuer vers le prochain étage.

En dehors des patients qui préfèrent l'assistance d'un escalier roulant, il y a naturellement aussi ceux qui veulent et peuvent emprunter l'escalier.

# AMÉLIORER LA QUALITÉ DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION: AU-DELÀ DES RECOMMANDATIONS

**Barbara Broers**, D<sup>r</sup> méd., Département de médecine communautaire, HUG Genève et Collège Romand de Médecine de l'Addiction; **Hans Gammeter**, D<sup>r</sup> méd., médecin de famille, Wattwil et Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS)

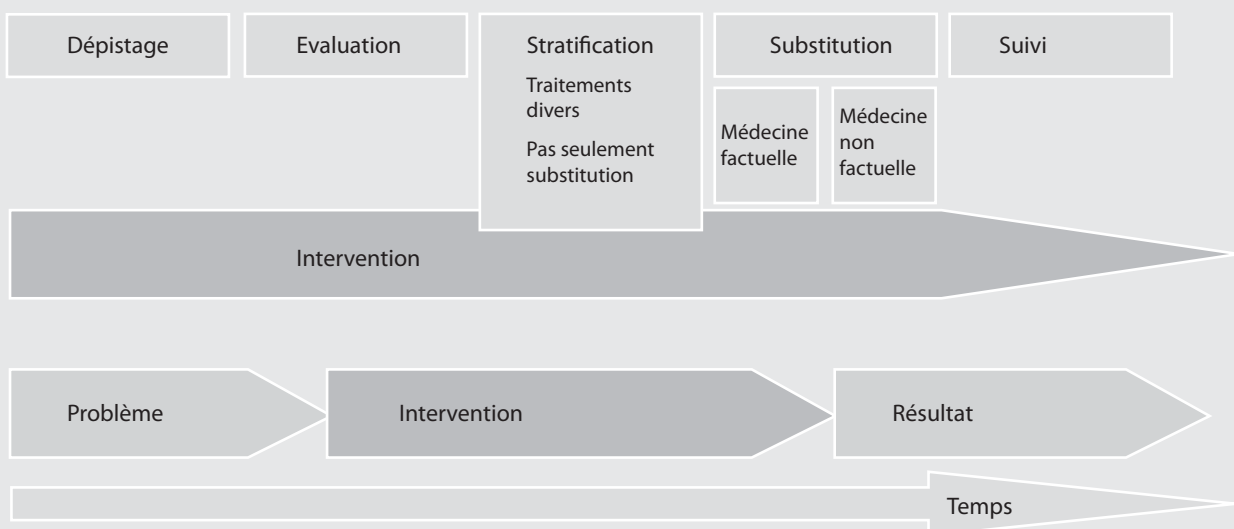
La question de la qualité des traitements de l'addiction gagne constamment en importance du fait des exigences croissantes quant à des preuves de la rentabilité des prestations médicales. Dans la théorie de l'évaluation de la qualité, on peut se baser sur le modèle linéaire «problème – intervention – résultat». Les questions fondamentales et importantes qui se posent sont: «Qu'est-ce qui influe véritablement sur la qualité d'une intervention?» et auparavant: «Qui est vraiment intéressé par la réponse – le patient, les thérapeutes, les organismes de prise en charge, les représentants de la santé publique?»

Le résultat d'un traitement ne consiste pas uniquement en l'effet de l'intervention elle-même, mais concerne aussi tous les changements qui lui sont associés. D'autres effets, tels que des modifications des conditions de vie ou de l'environnement social, contribuent aussi au résultat. Mais ne voir que le résultat serait éventuellement insuffisant; pour juger d'une prestation il faut considérer le processus dans toute sa globalité et sa complexité, y compris la planification, la mise en œuvre et l'analyse des résultats. Lors de la

planification se pose en particulier la question du groupe cible qui doit être clairement défini. La mise en œuvre doit faire l'objet d'un suivi permanent afin d'y apporter le cas échéant les ajustements nécessaires et lors de l'analyse des résultats il convient de différencier entre résultats à court, moyen et long terme. Pour déterminer la qualité d'une intervention, il faut recourir aussi à des indicateurs valides, fiables et sensibles, ce qui est souvent difficile. Ces réflexions théoriques devraient être appliquées aussi au traitement de substitution, comme le montre la figure 4.

L'évaluation de la qualité dans le traitement de l'addiction s'avère déjà malaisée du fait de la difficulté à définir un problème d'addiction. Toute consommation de drogues illégales constitue-t-elle en soi un problème? Une affection psychique est-elle éventuellement la raison de la problématique? Les résultats sont souvent tout aussi difficiles à interpréter: L'abstinence est-elle le seul objectif salvateur ou bien une diminution de la consommation suffira-t-elle? Et comment évaluer cette diminution et par quelles méthodes de mesure? La satisfaction du patient joue également un

FIG. 4 - CHAÎNE DE TRAITEMENT



Améliorer la qualité des traitements de substitution : au-delà des guidelines



rôle primordial dans cette évaluation, bien qu'elle ne soit pas obligatoirement corrélée à d'autres critères qui déterminent la réussite du traitement.

Dans l'analyse de la qualité du processus, en plus de la qualité des structures (locaux, personnel, structure de l'organisation, etc.), l'existence d'instruments permettant aux thérapeutes de mieux exercer leur activités joue également un rôle important, comme par exemple les nouvelles directives de la SSAM. D'autres capacités sont également nécessaires, comme l'apprentissage d'une «conduite d'entretien motivante». Il faut pour cela que le thérapeute ait une certaine attitude qu'il ne pourra pas apprendre dans les livres, mais seulement par la rencontre de personnes sur lesquelles il pourra prendre exemple. Cette attitude suppose l'adoption d'une conception empathique et tolérante envers les personnes toxicodépendantes.

Aux États-Unis, Mc Lellan et ses collaborateurs ont défini, en 2006, sept dimensions permettant de dire d'un traitement de l'addiction qu'il est techniquement et qualitativement de haut niveau :

- accès au traitement
- consommation de substances addictogènes
- situation professionnelle
- niveau de criminalité
- situation stable en termes de logement
- intégration sociale
- perception du traitement et des prestations, ainsi que maintien des patients dans le traitement.

Exprimé plus simplement, cela signifie qu'une amélioration sensible de la situation est obtenue lorsque le toxicodépendant n'est plus dominé par les symptômes de l'addiction et a de nouveau une «vie».

Le dépistage précoce de personnes souffrant de maladies de l'addiction est à promouvoir par différentes mesures. En font partie la transmission et l'adoption de compétences professionnelles, la certification des connaissances en matière de traitements spécialisés et la rétribution de l'engagement correspondant dans le catalogue des prestations (Tarmed pour les médecins).

En Suisse, plusieurs projets ont été lancés dans le domaine de la promotion de la qualité des traitements de l'addiction. Les plus connus sont le projet de formation continue FORDD (Fédération Romande des Organismes de Formation dans le Domaine des Dépendances), le cercle de qualité COROMA (Collège Romand de Médecine de l'Addiction) et FOSUMOS (Forum Suchtmedizin Ostschweiz), ainsi que le projet «QuaThéDA» (Qualité-Thérapie-Drogue-Alcool) important en raison de son approche des aspects cliniques. Il convient d'ajouter toute une série de formations initiales et continues spécialisées, ainsi que des initiatives régionales comme «AMTiTox» dans le Tessin ou les projets de

l'Institut de Psychiatrie intégrée de Winterthour. Dans la plupart des cantons suisses, il existe des offres facilement accessibles de traitements de l'addiction, en particulier pour les traitements basés sur la substitution, sans longues listes d'attente. La situation en Suisse peut dans l'ensemble être qualifiée de satisfaisante.

Pour l'avenir du traitement de l'addiction, il semble particulièrement important que même les étudiants en médecine adoptent très tôt cette attitude d'acceptation du toxicodépendant. Dans leur vie professionnelle, les cercles de qualité leur offriront la possibilité de rencontrer des personnalités marquantes de la médecine de l'addiction. Par ailleurs, les directives de la SSAM sur les TBS devraient être harmonisées avec les directives cantonales, comme c'est déjà le cas dans le canton de St. Gall. L'interdisciplinarité et une extension de l'offre en traitements de l'addiction dans les domaines médicaux et psychologiques, ainsi qu'une modification de la Loi sur les stupéfiants sont à promouvoir et ne doivent pas être rayées de l'agenda politique du seul fait que le problème des drogues est dans l'ensemble moins présent dans l'actualité.

Formation  
continue

Hes·so

Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz

#### Formations à la direction des institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires

- **DAS** [Diploma of advanced Studies] en 2 ans.
- **MAS** [Master of advanced Studies] en 3 ans.

Renseignements et inscription : [www.hesso-fdis.ch](http://www.hesso-fdis.ch)

Début des cours : octobre 2008

Délai d'inscription : le 13 juin 2008

HETS-Genève, secrétariat : 022 388 95 12

h e t s

Haute école de travail social  
Genève

# LA SUBSTITUTION: ENTRE TRAITEMENT PALLIATIF ET TRAITEMENT CURATIF

*Jacques Besson, Pr D<sup>r</sup> méd, chef du Service de psychiatrie communautaire, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne*

**S'**y retrouver parmi les différents niveaux – médical, psychique, motivationnel – de comportement de personnes dépendantes est un défi. Les maladies qui ont des dimensions bio-psycho-socio-spirituelles, ce qui correspond typiquement à la maladie de l'addiction, nécessitent des approches thérapeutiques dans ces quatre dimensions. Elles peuvent être abordées de façon plutôt palliative ou plutôt curative.

Les traitements palliatifs sont généralement appliqués dans les affections incurables, chroniques ou évolutives. Il s'agit en premier lieu d'atténuer les souffrances du patient en prenant en compte ses souhaits dans les domaines médicaux, sociaux, moraux, mais aussi spirituels et religieux. Selon la conception de l'académie de médecine, le traitement palliatif englobe aussi bien l'acceptation de la fin de la vie et donc de notre condition d'être mortels que le respect de la vie en tenant compte de la dignité et de l'autonomie de l'être humain. Il existe dans ce domaine un partenariat entre le patient et le médecin qui constitue la base des actions à entreprendre (consentement éclairé). La prise en charge palliative requiert continuité et travail en réseau des différents professionnels participant au processus.

Les cinq dimensions importantes d'un traitement de l'addiction sont:

- la dimension somatique: spectre allant du bon état général avec des sérologies négatives (VIH, hépatite) jusqu'au sida avec endocardite, pancréatite et atteinte neurologique sévère
- la dimension psychiatrique: spectre allant de la dépendance comme seul diagnostic jusqu'à la combinaison de plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants
- la dimension motivationnelle: spectre allant du patient très collaborant au patient très oppositionnel qui ne collabore que sous contrainte
- la dimension de crise: sert à répondre à la question de savoir pourquoi le patient demande de l'aide à ce moment précis. Spectre allant d'un très bon soutien à la maison, de la part de la famille et de l'employeur jusqu'aux crises aiguës dans l'entourage du patient avec violences conjugales et familiales
- la dimension des ressources: sert à répondre à la question de l'existence de leviers possibles permettant de mettre en place des mesures de soutien. Spectre allant d'une vie sociale active avec logement, salaire, absence de problème judiciaire jusqu'à une marginalisation totale, l'absence de domicile fixe et la délinquance.

L'établissement du profil du patient selon ces cinq dimensions (RAP: Rapide Addiction Profile) permet de définir dans lesquelles la prise en charge est prioritaire. Aujourd'hui, les stratégies thérapeutiques sont moins psychanalytiques qu'orientées vers une solution. Elles regardent vers l'avenir et cherchent à identifier des ressources permettant d'améliorer la situation. La question d'un traitement plutôt curatif ou plutôt palliatif dans les différents domaines doit toujours être reposée à nouveau car les patients et le contexte changent.

Au lieu de la défense d'un «abstinencisme» ou d'un «substitutionnisme», il faut placer l'évaluation strictement clinique au centre des préoccupations de l'équipe médico-psycho-sociale. Une approche holistique place le patient au centre et est exempte de préjugés et de jugements de valeurs idéologiques et moraux. Les stratégies curatives et palliatives doivent se compléter judicieusement et non pas se concurrencer.

## Prévenir le jeu excessif dans une société addictive?

### 2<sup>e</sup> symposium international

Lausanne, 19 et 20 juin 2008

Dans un contexte d'expansion économique sans précédent de l'industrie des jeux d'argent, quelle peut être la place d'une politique de santé publique des addictions dites «comportementales»?

Vous êtes chaleureusement convié-e à deux journées consacrées aux développements scientifiques sur ce thème. La rencontre s'adresse aux professions socio-sanitaires, aux chercheurs, aux personnes intervenantes au sein de l'industrie du jeu, mais aussi aux intervenants des milieux économiques et juridiques, aux responsables politiques, et à tout professionnel concerné. La langue principale sera le français. Les exposés pourront être donnés aussi en anglais et en allemand. Les sessions plénières feront l'objet d'une traduction simultanée français-allemand.

#### Informations

[www.jeu-excessif.ch/symposium08](http://www.jeu-excessif.ch/symposium08)

# SUBSTITUTION: DÉFIS MÉDICAUX, POLITIQUES ET FINANCIERS

**Toni Berthel**, *D<sup>r</sup> méd.*, directeur médical adjoint de l'Institut de Psychiatrie intégrée de Winterthour (ipw), Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM)

## DÉFIS EN MÉDECINE ET EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS DE L'ADDICTION

Le traitement d'une maladie commence par la pose d'un diagnostic. Depuis les années 90, l'éventail des méthodes diagnostiques en psychiatrie s'est élargi. Alors qu'autrefois, les troubles additionnels étaient placés hiérarchiquement derrière le symptôme de présentation, comme par exemple l'addiction, et étaient ainsi souvent négligés, la démarche diagnostique moderne considère tous les diagnostics comme d'égale valeur. La présentation de toutes les pathologies côte à côte influe sur la stratégie thérapeutique; l'ensemble des symptômes qui requièrent un traitement sont de cette façon pris en charge en même temps et avec la même intensité. Cette manière holistique bio-psycho-sociale de procéder permet de considérer l'homme dans sa totalité, mais constitue aussi une source de difficultés en raison de la nécessité de mise en réseau qu'elle implique. Et le travail en réseaux demande un apprentissage. A l'heure actuelle, la coordination de l'aide médicale et sociale aux personnes souffrant d'addiction est encore sommaire en Suisse.

En plus d'une mise à plat des différents diagnostics psychiatriques, le corps médical s'implique aussi pour que des personnes souffrant de pathologies physiques et psychiques soient traitées de manière égale. La discrimination des personnes dépendantes se montre dans la réglementation stricte du traitement. Si l'on veut pouvoir traiter l'addiction comme une pathologie somatique chronique, les règles discriminantes doivent être ajustées – ainsi l'abrogation de la pénalisation de la consommation dans la révision de la Loi sur les stupéfiants.

La notion de «patient empowerment» a fait aussi son entrée dans la médecine de l'addiction: dans une relation de partenariat, le médecin fournit au patient les informations qui permettront à ce dernier de décider par lui-même des mesures à prendre. Cette conception moderne de l'interaction entre thérapeute et patient est en contradiction avec les réglementations en partie rigides et éloignées de la pratique concernant les prescriptions de traitements basés sur la substitution.

Les mesures de soutien pour les patients dépendants sont souvent mises en œuvre simultanément ou bien successivement par diverses institutions médicales et sociales. En dehors des aptitudes de base et des formations spécialisées des différents intervenants, il convient d'optimiser l'interaction entre ceux assurant une prise en charge de base et ceux fournissant une prise en charge spécialisée. Le travail dans le domaine de l'addiction est une tâche transversale

(horizontale) qui implique de nombreux partenaires. La collaboration entre aide sociale, assistance à la jeunesse, psychothérapie et prise en charge médicale revêt une importance déterminante, avant tout pour les personnes dépendantes qui ne parviennent pas à se stabiliser en dépit d'une substitution suffisante et d'entretiens d'accompagnement. Pour que la collaboration interdisciplinaire puisse être fructueuse, on pourrait envisager un concept commun de l'addiction comme consensus minimal pour les problèmes à résoudre.

Il est de la plus grande importance que le transfert des nouvelles connaissances qui ont conduit à une amélioration substantielle du traitement de l'addiction soit assuré vers la médecine de premier recours de l'addiction. Des traitements nouveaux et diversifiés, basés sur la substitution, doivent pouvoir être dispensés à travers toute la Suisse, et ce, non seulement à des jeunes, mais aussi de plus en plus à des personnes âgées. La population des individus substitués vieillit et la multi-morbidité accrue des personnes concernées entraîne un pré-vieillessement supplémentaire. Des offres de soins adaptées devront être proposées par des structures de prise en charge sanitaire et sociale.

## DÉFIS POLITIQUES, SOCIAUX ET FINANCIERS

La politique en matière d'addiction se trouve prise entre idéologie et pragmatisme. Les conditions catastrophiques qui régnaient dans certaines villes suisses dans les années 90 ont, en dehors de toute idéologie, fait naître un concept pragmatique de traitement de l'addiction. Grâce à l'abaissement du seuil d'accessibilité des traitements basés sur la méthadone dans le cadre de la politique des quatre piliers, un nombre considérable de personnes dépendantes aux opiacés a pu être accueilli dans des programmes thérapeutiques à travers tout le pays. Malgré cela, ce consensus politique est aujourd'hui encore constamment remis en question pour des raisons émotionnelles et idéologiques. Il est par conséquent indispensable que les associations et institutions spécialisées usent d'un plus grand activisme politique dans la vie publique et politique pour que leurs requêtes aboutissent.

La prise en charge des personnes dépendantes aux opioïdes n'a pu être améliorée que parce que la Confédération, les cantons et les communes se sont impliqués ensemble pour résoudre conjointement les tâches en suspens. Il en ira de même à l'avenir: la résolution de problèmes complexes requiert un engagement commun de ces trois niveaux

politiques, même si le problème des toxicomanies n'est plus aussi manifeste qu'il y a quinze ans.

Alors qu'auparavant, une grande partie des coûts étaient couverts par des contributions issues de projets et par des garanties en cas de déficit (financement de l'objet – l'institution), on constate un déplacement évident vers un financement de l'individu (financement du sujet). En ce qui concerne les traitements de l'addiction, il importe de considérer, pre-

mièrement, qu'une large part du travail réalisé avec des personnes toxicodépendantes est en fait un travail de réseau et qu'il ne peut être facturé par des points tarifaires. Deuxièmement, le TBS est une thérapie au long cours. Ceci signifie qu'un TBS ne pourra réussir que si un financement clair et non limité dans le temps pourra être garanti par les caisses-maladie. Si plusieurs institutions s'occupent d'un même cas, des modèles de prise en charge intégrée avec une gestion coordonnée du cas (case management) doivent être testés.

## CONCLUSION POUR LA CONFÉRENCE NATIONALE SUR LA SUBSTITUTION NASUKO 2007

*Markus Jann, chef de la Section Drogues (OFSP)*

**L**es exposés, discussions et controverses qui ont marqué cette conférence ont montré que, dans une conception moderne et orientée vers le patient d'un traitement basé sur la substitution, il n'existe pratiquement pas de points de vue inconciliables, même si des divergences d'opinion subsistent, qu'il faudra examiner plus profondément.

Dans son intervention, Jakob Tanner a introduit la notion d'une élasticité de la substitution. Il s'agit de la capacité de remplacer des déficits innés ou acquis par des substituts de toute nature. La consommation de drogues peut ainsi être interprétée comme une tentative, toutefois très risquée, d'auto-guérison. Si la substitution devient en conséquence quelque chose de naturel et d'humain, la question ne peut plus être de savoir si un traitement basé sur la substitution peut être utile ou non, mais comment, quand et dans quelles circonstances un tel traitement est indiqué.

De nouvelles données fournissent aux experts des instruments au moyen desquels ils peuvent d'une part contribuer à améliorer le traitement de l'addiction et d'autre part trouver des arguments contre des dogmatismes idéologiques et simplificateurs. La discussion sur la question de l'importance de l'abstinence montre que le principe de la politique dite des quatre piliers doit encore et toujours être confirmé. L'abstinence semble exprimer une attitude morale fondamentale, mais qui est surtout prônée par rapport aux drogues illégales, alors que toute intervention en direction d'une réduction de l'abus d'alcool est rejetée. Etant donné que les résultats issus de la médecine factuelle ne sont pas suffisants pour certains, la discussion sur l'importance de l'abstinence se poursuivra probablement encore pendant de longues années.

L'OFSP continuera à s'engager dans les domaines de la création et de l'élargissement de réseaux, de la maîtrise de

la qualité et de la promotion d'innovations, bien qu'avec plus de difficultés puisqu'il doit faire face à une diminution croissante de ses ressources financières et humaines. Une attention particulière est accordée aux relations publiques. L'objectif est en effet d'ancrer durablement dans la politique et dans la société les connaissances acquises en matière de traitements de substitution. Markus Jann clôt la NASUKO 2007 avec ces mots: «Lorsque nous nous confrontons à la problématique de l'addiction, nous faisons toujours également de la politique sociétale. Ceci rend notre travail si passionnant, mais nous fait aussi assumer une grande responsabilité.»

# IMPRESSUM

## Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA  
Ruchonnet 14, c.p. 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions, GREA,  
Pêcheurs 8, c.p. 638, 1401 Yverdon-les-Bains

## Rédaction :

Corine Kibora, ISPA  
Jean-Félix Savary, GREA

## Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert  
éducateur, Genève  
Cédric Fazan  
Directeur A.C.T, Montreux  
Michel Graf  
Directeur ISPA, Lausanne  
Etienne Maffli  
Psychologue, Lausanne  
Jean-Dominique Michel  
Socio-anthropologue, Genève  
Gérald Progin, responsable  
Espace Prévention, Aigle  
Louis-Pierre Roy  
Enseignant EESP, Lausanne

## Administration et abonnements :

ISPA, c.p. 870  
1001 Lausanne  
tél. 021 321 29 85  
fax 021 321 20 40

## Parution

3 fois par an

## Abonnement

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

## Ligne graphique

Sabine de Jonckheere

Eidgenössische Alkoholverwaltung  
Régie fédérale des alcools  
Regia federale degli alcool  
Administraziun federala da l'alcohol



EAV  
RFA  
RFA  
AFA

## Un/e spécialiste de la prévention

La Régie fédérale des alcools (RFA) est un acteur important de la prévention des problèmes liés à l'alcool. Elle dispose d'instruments de prévention structurelle efficaces (impôt sur l'alcool, limitation de la production et du commerce et prescriptions concernant la publicité) et octroie des fonds aux cantons et à la Confédération pour financer la prévention des problèmes liés à l'alcool. Elle participe activement à la définition et à la mise en œuvre de la politique en matière d'alcool en Suisse, notamment à la réalisation, sous la direction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), du programme national alcool.

La personne que nous recherchons pour ce poste sera, au sein de la RFA, l'interlocutrice privilégiée des autorités et du public pour toutes les questions de santé et de prévention. Elle assurera la communication dans ces domaines et traitera les dossiers du Conseil fédéral relatifs à la prévention structurelle et à la prévention comportementale. Cette personne supervisera en outre les contributions de la RFA aux organisations de prévention et jouera un rôle actif dans ce domaine. Elle travaillera en étroite collaboration avec l'OFSP sur divers projets liés au problème de l'alcoolisme. La révision totale de la loi sur l'alcool constituera une des tâches prioritaires et pourrait conduire à certains changements du cahier des charges. La personne qui occupera ce poste accompagnera de près le processus de réforme politique.

Vous avez achevé une formation dans le domaine de la santé publique ou justifiez d'un diplôme universitaire ou d'une formation équivalente. Vous avez si possible des connaissances dans les domaines de la politique en matière d'alcool et de la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. Vous savez en outre travailler de manière autonome et êtes capable d'utiliser votre esprit d'analyse et de synthèse de manière ciblée. A l'aise dans la communication, vous faites preuve d'initiative et de flexibilité et êtes capable d'assumer une lourde charge de travail. Enfin, de bonnes connaissances d'au moins une deuxième langue officielle et de l'anglais sont requises.

**Lieu de travail :** Berne

**Taux d'occupation :** 100%

**Classe de salaire :** 24

### Adresse pour l'envoi des candidatures

Régie fédérale des alcools, Mme Claudia Willi, tél. 031 309 12 98, Personnel et formation, Länggassstrasse 35, 3000 Berne 9.

**Pour tout renseignement complémentaire,** veuillez vous adresser à M. Christoph Zurbrügg, directeur suppléant, tél. 031 309 13 70 ou à M. Lucien Erard, directeur, tél. 031 309 13 65.



**sfa / ispa** 

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme  
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies  
Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie

